



UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

CINTIA TEIXEIRA DE SOUSA VIANA

**MATERNIDADE ATÍPICA: FATORES DE RISCO,
FATORES DE PROTEÇÃO E ENFRENTAMENTOS**



SÃO BERNARDO DO CAMPO
2024

CINTIA TEIXEIRA DE SOUSA VIANA

**MATERNIDADE ATÍPICA: FATORES DE RISCO, FATORES DE
PROTEÇÃO E ENFRENTAMENTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Metodista de São Paulo - UMESP, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Miria Benincasa

SÃO BERNARDO DO CAMPO

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

V614m	Viana, Cíntia Teixeira de Sousa Maternidade atípica: fatores de risco, proteção e enfrentamentos / Cíntia Teixeira de Sousa Viana. 2024. 181 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) --Diretoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2024. Orientação de: Miria Benincasa. 1. Maternidade atípica 2. Transtorno do desenvolvimento 3. Fatores de risco 4. Fatores de proteção 5. Logoterapia I. Título
CDD 159.7	

A dissertação de mestrado intitulada “MATERNIDADE ATÍPICA: FATORES DE RISCO, FATORES DE PROTEÇÃO E ENFRENTAMENTOS”, elaborada por CÍNTIA TEIXEIRA DE SOUSA VIANA, foi apresentada e aprovada em 18 de novembro de 2024, perante a banca examinadora composta pelos professores doutores Prof^a Dr^a Miria Benincasa (Presidente/UMESP), Prof^a Dr^a Valquíria Aparecida Rossi (Titular/UMESP), Prof. Dr. Cristiano de Jesus Andrade (Titular/Universidade Anhanguera, Campus Poços de Caldas).



Profª Drª Miria Benincasa
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Profª Drª Valquíria Aparecida Rossi
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

Programa: Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Linha de Pesquisa: Violência e Adaptação Humana

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo e a minha família, que caminham ao meu lado em todos os momentos da minha maternidade. Aos meus filhos, Miguel e Samuel, que me ensinaram o Sentido do Amor. Suas singularidades fizeram-me descobrir que ser mãe é mais do que cuidar; é aprender a enxergar o mundo de forma diferente a cada dia. Este estudo é fruto de tudo que vocês me mostraram sobre a vida e sobre mim mesma.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua infinita bondade e fortaleza, que me sustentaram em cada passo dessa estrada.

Aos meus pais, meus maiores incentivadores, minha rede de apoio incansável, não apenas neste percurso do mestrado, mas ao longo de toda a minha vida. Vocês são minha inspiração maior, e se eu puder ser para meus filhos uma fração do que vocês são para mim, saberei que estou no caminho certo.

Ao meu esposo, meu companheiro de vida, que me apoia com amor, paciência e compreensão, mesmo nas minhas ausências e cansaços. Seu apoio incondicional me fez acreditar que eu poderia ir além.

Aos meus filhos, Miguel e Samuel, que me transformaram em uma pessoa muito melhor. Vocês abriram meu coração e mente para um novo mundo de compreensão e desejo por conhecimento. Vocês me mostraram que o amor não se divide, ele se multiplica. Este trabalho é fruto direto da maternidade que vivencio diariamente com vocês.

Meus irmãos, cunhadas e sobrinhos que cuidadosamente foram ouvintes atentos das minhas ideias e foram minha melhor torcida.

À minha querida orientadora, Dra. Miria Benincasa, uma pessoa extraordinária e de coração generoso. Seu abraço acolhedor na nossa primeira entrevista foi a certeza de que eu daria conta de tudo isso, pois sabia que teria você ao meu lado.

Aos professores do PPG – Psicologia da Saúde, que me ensinaram muito além da teoria, abrindo-me horizontes que eu jamais poderia ter imaginado.

Às mães que participaram deste estudo, que compartilharam suas histórias e dores. Sem vocês, este trabalho não teria sido possível.

À Sociedade Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial Frankliana, a toda equipe gestora com quem compartilho tantos sonhos e onde tenho a honra de ser presidente, e que me permitem colocar em prática muito do que aprendi nesta pós-graduação.

Aos colegas e amigos que caminharam comigo neste percurso, dividindo as angústias, as risadas e o aprendizado. A companhia de vocês fez toda a diferença!

Esse trabalho é nosso!

EPÍGRAFE

“É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança.”

(Provérbio Africano)

Viana, Cíntia Teixeira de Sousa. (2024). *Maternidade atípica: Fatores de risco, proteção e enfrentamentos*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo (UMESP)].

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar na maternidade atípica fatores de risco, fatores de proteção e os enfrentamentos, com vistas a compreender a experiência da maternidade de crianças com desenvolvimento atípico e os mecanismos de superação diante das adversidades relacionadas a essa situação. Buscou-se rastrear o risco de transtornos mentais em mães de crianças atípicas, avaliar sua qualidade de vida e identificar aquelas com baixo risco de transtorno mental e alta qualidade de vida. O estudo utilizou uma abordagem mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos para obter uma compreensão mais completa do objeto de pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio eletrônico, utilizando questionários (sociodemográfico e saúde geral, WHOQOL – bref e SRQ) e entrevistas semi-dirigidas em grupos de mães de crianças com desenvolvimento atípico. Utilizando a técnica de amostragem em bola de neve para atingir participantes de difícil acesso. Após a coleta de dados, foram realizadas análises quantitativas e qualitativas, buscando caracterizar o grupo de participantes e identificar aquelas com menor risco de transtorno mental e melhor qualidade de vida. As entrevistas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo para identificar temas e padrões relacionados aos objetivos do estudo e as discussões foram feitas a luz do referencial teórico da Logoterapia e Análise Existencial Frankliana. Conclui-se que a pesquisa atingiu seu objetivo ao investigar a experiência da maternidade atípica, destacando os desafios enfrentados.

Palavras chaves: maternidade atípica, transtorno do desenvolvimento, fatores de risco, fatores de proteção, logoterapia

Viana, Cíntia Teixeira de Sousa. (2024). *Atypical motherhood: Risk factors, protection and coping*. [Master's Dissertation, Methodist University of São Paulo (UMESP)].

ABSTRACT

This study aimed to investigate risk factors, protective factors, and coping mechanisms in atypical motherhood, with a view of understanding the experience of mothers of children with atypical development and the strategies they use to overcome the adversities related to this situation. It seeks to track the risk of mental disorders in mothers of atypical children, assess their quality of life, and identify those with a low risk of mental disorders and a high quality of life. The study employed a mixed-methods approach, combining qualitative and quantitative methods to achieve a more comprehensive understanding of the research subject. Data collection was conducted electronically through the use of questionnaires (sociodemographic and general health, Whoqol-bref, and SRQ) and semi-structured interviews with groups of mothers of children with atypical development, using the snowball sampling technique to reach hard-to-access participants. After data collection, both quantitative and qualitative analyses were performed, aiming to characterize the participant group and identify those at lower risk of mental disorders and with better quality of life. The interviews were analyzed using content analysis techniques to identify themes and patterns related to the study's objectives, and the discussions were framed within the theoretical framework of Logotherapy and Franklian Existential Analysis. It is concluded that the research achieved its objective by investigating the experience of atypical motherhood, highlighting the challenges faced.

Keywords: atypical motherhood, developmental disorder, risk factors, protective factors, logotherapy

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Percentuais para Classificação do SRQ-20	75
Gráfico 2 Histograma e Boxplot para os Escores do SRQ-20	75
Gráfico 3 - Médias $\pm$ Desvio Padrão para os Escores das Dimensões do WHOQoL	76
Gráfico 4 - Médias para os Escores das Dimensões do WHOQoL	77
Gráfico 5 - Histograma e Boxplot para os Escores das Dimensões do WHOQoL	78
Gráfico 6 - Médias $\pm$ Desvio Padrão para WHOQoL por SRQ-20	102
Gráfico 7 - Médias para WHOQoL por SRQ-20	102
Quadro 1 - Descrição das Mães da Entrevista Semi-dirigida	104
Quadro 2 - Desafios no Diagnóstico	106
Quadro 3 - Desafios Diários	107
Quadro 4 - Recursos e Suporte – Rede de Apoio	109
Quadro 5 - Saúde Mental	110
Quadro 6 - Estigma Social	111
Quadro 7 – Autocuidado	112
Quadro 8 - Enfrentamentos e Sentido da Vida	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequências e Percentuais para as Características do Demográfico	70
Tabela 2 - Frequências e Percentuais para as Características do Questionário Saúde Geral	71
Tabela 3 - Frequências e Percentuais para Classificação do SRQ-20	74
Tabela 4 - Medidas Resumo para Escores do SRQ-20	74
Tabela 5 - Medidas Resumo para Escores do WHOQoL	76
Tabela 6 - Frequências e Percentuais para SRQ-20 por Sociodemográfico	80
Tabela 7 - Medidas Resumo para WHOQoL – Físico	82
Tabela 8 - Comparações Múltiplas para WHOQoL – Físico	84
Tabela 9 - Medidas Resumo para WHOQoL – Psicológico	85
Tabela 10 - Comparações Múltiplas para WHOQoL – Psicológico	87
Tabela 11 - Medidas Resumo para WHOQoL – Social	88
Tabela 12 - Comparações Múltiplas para WHOQoL – Social	90
Tabela 13 - Medidas Resumo para WHOQoL – Ambiente	91
Tabela 14 - Comparações Múltiplas para WHOQoL – Ambiente	92
Tabela 15 - Medidas Resumo para WHOQoL – Saúde	94
Tabela 16 - Comparações Múltiplas para WHOQoL – Saúde	97
Tabela 17 - Medidas Resumo para WHOQoL – Geral	97
Tabela 18 - Comparações Múltiplas para WHOQoL – Geral	100
Tabela 19 - Medidas Resumo para WHOQoL por SRQ-20	101

SUMÁRIO

1 MEMORIAL	15
1.1 A Inspiração que Guiou a Proposta de Pesquisa	15
2 INTRODUÇÃO.....	18
2.1 Fatores de Risco, Fatores de Proteção e Enfrentamentos	20
2.2 Desenvolvimento Típico x Atípico	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	33
3.1 Logoterapia e Análise Existencial Frankliana	39
3.2 Vazio Existencial	43
3.3 Pilares da Logoterapia	45
3.3.1 A liberdade da Vontade	45
3.3.2 Vontade de Sentido	49
3.3.3 Sentido da Vida	50
3.3.4 Sentido do Trabalho	53
3.3.5 Sentido do Amor.....	55
3.3.6 Sentido do Sofrimento.....	57
3.4 Autotranscendência	58
4 OBJETIVOS	60
4.1 Objetivo Geral.....	60
4.2 Objetivos Específicos	60
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	61
5.1 Participantes	62
5.2 Local: Redes Sociais – Instagram e Facebook, WhatsApp, Telegram	62
5.3 Instrumentos	63
5.4 Procedimento de coleta de dados	65
5.5 Procedimento para análise dos dados.....	66
6 RESULTADOS (Pesquisa Quantitativa).....	69
6.1 Caracterização da Amostra	70
6.2 Resultados do Questionário de Saúde Geral	71
6.3 Resultados do SRQ	73

6.4 Resultados do Whoqol-Bref.....	75
6.5 Relação entre SRQ e Dados Sociodemográficos	79
6.6 Relações entre WHOQoL e Dados Sociodemográficos	81
6.6.1 Dimensão Físico	81
6.6.2 Dimensão Psicológico	84
6.6.3 Dimensão Social.....	87
6.6.4. Dimensão Ambiente	90
6.6.5 Dimensão Saúde	93
6.6.6 Dimensão Geral	96
6.7 Relações entre WHOQOL e SRQ	100
7 RESULTADOS QUALITATIVOS	103
8 DISCUSSÃO	112
8.1 Categoria 1: Desafios no Processo de Diagnóstico	116
8.2 Categoria 2: Desafios do Cotidiano	121
8.3 Categoria 3 - Recursos e Suporte – Rede de Apoio.....	125
8.4 Categoria 4 - Impacto na Saúde Mental	133
8.5 Categoria 5 - Estigma Social	140
8.6 Categoria 6 – Autocuidado	145
8.7 Categoria 7 – Enfrentamentos e Sentido da Vida	150
9 CONCLUSÃO	154
REFERÊNCIAS	156
APÊNDICES	171

1 MEMORIAL

1.1 A Inspiração que Guiou a Proposta de Pesquisa

Neste trabalho, a apresentação inicial com um memorial justifica-se pela relação direta entre a trajetória pessoal da autora e a escolha do tema da pesquisa. O memorial busca contextualizar as motivações e experiências que deram origem ao estudo, evidenciando como vivências pessoais e profissionais influenciaram a construção das questões centrais e a relevância da investigação.

A maternidade sempre foi celebrada e venerada em mitologias e culturas ao redor do mundo. Nas lendas antigas, a figura materna é frequentemente representada como uma deusa de fertilidade, cuidado e proteção, um ser quase divino, dotado de força e sabedoria infinitas. De Deméter, na mitologia grega, à Ísis, no Egito Antigo, a mãe é vista como a personificação do amor incondicional e da coragem. Ao longo dos tempos, esse ideal se manteve criando uma imagem de maternidade quase heroica, onde a mãe é capaz de suportar qualquer adversidade por seus filhos.

No entanto, reduzir a maternidade a uma saga epopeica minimiza o sofrimento e a sobrecarga vivenciada pelas mães que possuem necessidades e demandas físicas, psicológicas e sociais intensas. Esse contexto é ampliado na maternidade atípica. Mães que enfrentam desafios diários nos cuidados com seus filhos que não correspondem aos marcos de desenvolvimento, sem rede de apoio, com dificuldades financeiras por não conseguirem manter seus trabalhos, sem acolhimento, orientação e compreensão na sociedade.

Foi a partir desse cenário que surgiu esta pesquisa. A experiência pessoal e profissional que adquiri ao receber em meu consultório mães com histórias e queixas tão semelhantes me levou a questionar: quais são os sofrimentos, as necessidades, os enfrentamentos e as vivências dessas mulheres que, assim como eu, cuidam de seus filhos neurodivergentes?

Elas chegam aos consultórios carregando um fardo que poucos compreendem, muitas vezes nem elas mesmas — o de trafegar por um sistema que frequentemente as deixam sem apoio, enquanto tentam equilibrar as responsabilidades do cuidado intensivo com a própria saúde física, mental e emocional. Essas mães enfrentam dificuldades sociais, a ausência de uma rede de apoio, e a sobrecarga de responsabilidades que deveriam ser compartilhadas. Muitas delas, precisam abandonar suas carreiras e, tragicamente, também enfrentam o abandono de seus companheiros. Elas se lançam em uma rotina intensa de terapias e cuidados, muitas vezes se sentindo solitárias, enquanto lutam para proporcionar o melhor para seus filhos.

Este estudo está enraizado na minha própria experiência como mãe. Eu também vivenciei as dificuldades de lutar pelo diagnóstico e pelo apoio necessário para meu filho com TDAH. Mesmo diante dos desafios emocionais, sociais e práticos que enfrentei, havia três fatores de proteção que fizeram toda a diferença na minha vida: uma rede de apoio, conhecimento e uma vida financeira estável. Ao receber essas mães em meu consultório e nos grupos de apoio, percebi o quanto isso não é uma realidade para muitas delas.

Para cuidar e realizar o tratamento do meu filho, eu contava com meus pais, já aposentados, que me ajudavam a levá-lo às terapias, esportes, reforços escolares e outros tratamentos. Além disso, como possuo formação na área da Educação e Psicologia, pude alfabetizar meu filho em casa, realizar treinos cognitivos e um acompanhamento mais próximo. Ainda assim, experimentei realidades semelhantes às que encontrei nos atendimentos com outras mães atípicas, como por exemplo o difícil processo de aceitação do diagnóstico, a "morte" do filho idealizado, a sobrecarga emocional para lidar com comportamentos desafiadores como a impulsividade, falta de atenção e hiperatividade, o julgamento da escola e de familiares, dificuldades no aprendizado, a falta de suporte especializado e a necessidade de desistir ou adiar sonhos e conquistas.

No curso deste trajeto deparei-me com a abordagem da Logoterapia e Análise Existencial Frankliana, que me ajudou a lidar com as minhas próprias frustrações, desvelar horizontes e a cuidar da minha saúde mental. Encontrar os sentidos da vida e o propósito naquele momento foi fundamental para esse enfrentamento. A compreensão da antropologia de Viktor Frankl, da sua teoria, a qual afirma que dimensão noética não adoece, que é próprio do ser humano, transcender a si mesmo e da execução dos valores universais, me ajudou a buscar sentido mesmo nas adversidades.

Esta pesquisa além de buscar compreender os fatores de risco, os fatores de proteção e enfrentamento da maternidade atípica é ainda uma forma de contribuir com essas mães em uma tentativa de iluminar as sombras que muitas vezes obscurecem suas lutas e de mostrar que, mesmo nas adversidades, há espaço para a superação e o amor incondicional. É um convite à sociedade para reconhecer e contribuir, para tornar a vivência destas mães dentro de um cenário mais visível com políticas públicas adequadas.

2 INTRODUÇÃO

O conceito de maternidade é explorado como uma construção sócio-histórica moldada por estereótipos de gênero e expectativas sociais (Santos, 2023a). Historicamente, a maternidade foi institucionalizada como ideal feminino, definindo a mulher como ser social e responsável pela família (Nakano & Mamede, 2000). Este conceito é frequentemente associado ao amor incondicional e à dedicação total à criança, o que pode gerar estresse e conflitos para as mulheres que tentam se conformar a esses ideais, especialmente quando confrontadas com outras demandas sociais e profissionais (Cunha et al., 2020).

De acordo com Cunha et al. (2020) o papel materno é influenciado por pressões socioculturais, resultando em uma ideologia materna contemporânea que afeta as experiências das mulheres a partir da gravidez em diante. Existe um ideário materno contemporâneo que pressiona as mulheres a se adequarem a um modelo de mãe ideal, o que pode variar diversas vezes a experiência da maternidade. As representações da maternidade na literatura podem ser analisadas através das lentes da teoria imaginária e de elementos arquetípicos, ao mesmo tempo em que consideram contextos sócio-históricos (Sousa, 2020). A relação entre feminilidade e maternidade é complexa, com a maternidade historicamente vista como inerente à feminilidade, embora essa perspectiva tenha enfrentado críticas e revisões (Corrêa, 2022). Além disso, fatores como raça, classe social e idade influenciam a legitimidade e liberdade

social da maternidade, criando hierarquias reprodutivas que impactam o exercício dos direitos humanos das mulheres (Mattar & Diniz, 2012).

O conceito de amor materno como um instinto inato foi desafiado por Elisabeth Badinter (1985), que argumentando que o amor materno não é uma realidade biológica, mas sim uma criação cultural. Destacando que, em diferentes períodos da história, o papel da mãe e a relação entre mãe e filho mudaram conforme os interesses sociais e econômicos. Por exemplo, no século XVIII, muitas mães da elite francesa enviavam seus filhos para serem criados por amas de leite e não demonstravam a proximidade emocional esperada hoje.

No século XIX, com o avanço de ideais burgueses e da Revolução Industrial, a maternidade passou a ser vista como um dever central da mulher, e o amor materno foi enaltecido como um sentimento puro e inato. Essa ideia se fortaleceu com o desenvolvimento de teorias científicas e psicológicas, afirmando que a ausência de uma mãe afetuosa poderia prejudicar o desenvolvimento emocional da criança. (Badinter, 1985).

De acordo com Badinter (1985) o mito do amor materno serve para manter as mulheres em uma posição subalterna na sociedade, vinculadas ao espaço doméstico. Ela defende que essa visão limita as escolhas das mulheres e contribui para a desigualdade de gênero.

Assim como o amor romântico, o amor materno deveria ser considerado um sentimento que pode ou não existir, dependendo das circunstâncias e escolhas de cada mulher. As mulheres devem ter a liberdade de decidir sobre seu papel como mães, sem a imposição de um ideal romântico e inatingível (Badinter, 1985).

Ademais, a maternidade é frequentemente vista como uma experiência universal e idílica, mas a realidade é que existem outras formas de vivenciar a maternidade, incluindo casos que fogem do esperado. A maternidade de filhos com desenvolvimento atípico abrange uma série de condições que provocam a instabilidade e apresentam situações únicas para as mulheres que as vivenciam (Moura & Araujo, 2004). As adversidades incluem estresse e depressão para

mães de crianças neurodivergentes. Estratégias de enfrentamento envolvem diagnóstico precoce, intervenções e redes de apoio (Pastorelli et al., 2024).

A seguir, busca-se explorar o conceito de maternidade, as problemáticas da maternidade atípica, a compreensão dos desafios, fatores de risco, fatores de proteção e enfrentamentos pelas mulheres envolvidas, destacando o desenvolvimento típico e atípico. O Referencial Teórico será apresentado como a base conceitual da pesquisa, incorporando a Logoterapia de Viktor Frankl e outros textos atuais para embasar a discussão sobre a maternidade atípica, estabelecendo um diálogo entre teoria e prática ao longo da dissertação.

2.1 Fatores de Risco, Fatores de Proteção e Enfrentamentos

Fatores de risco são variáveis ambientais que aumentam a probabilidade de consequências negativas para o indivíduo, enquanto fatores de proteção são recursos individuais que diminuem os efeitos do risco (Sapienza & Pedromônico, 2005). Os enfrentamentos estão relacionados a fatores de proteção individuais que predizem resultados positivos em ambientes de risco (Sapienza & Pedromônico, 2005). Contextos como família, instituições e escola podem atuar como promotores de resiliência ou tornarem-se fatores de risco ou proteção, dependendo da qualidade das relações emocionais e sociais presentes (Poletto & Koller, 2008)

Mães de crianças com desenvolvimento atípico, particularmente transtorno do espectro autista (TEA), enfrentam fatores de riscos significativos para a saúde mental. Os principais estressores incluem tensão financeira, dificuldades adaptativas das crianças, restrições sociais e de trabalho, exaustão física, sobrecarga emocional e redes de apoio limitadas (Vilanova et al., 2022). Os transtornos mentais maternos são considerados um fator de risco para a saúde mental e o desenvolvimento das crianças (Cid & Matsukura, 2010). O processo de diagnóstico

pode levar tanto ao alívio quanto ao sofrimento, afetando a percepção e a aceitação materna (Campos et al., 2022). Os transtornos mentais comuns (TMC) nas mães estão associados ao aumento do risco de problemas de desenvolvimento nas crianças, particularmente na linguagem e nas habilidades motoras finas. Os fatores de proteção incluem o emprego materno fora de casa (Ribeiro et al., 2014). Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial na orientação dessas mães, pois são vistos como fontes confiáveis de informação (Campos et al., 2022).

2.2 Desenvolvimento Típico x Atípico

O desenvolvimento infantil é um processo complexo e contínuo, sinalizado por várias etapas e marcos importantes. Embora cada criança seja única em sua trajetória de desenvolvimento, existem padrões típicos de crescimento e aquisição de habilidades esperados em diferentes ciclos vitais. Este processo envolve aspectos físicos, cognitivos, emocionais, sociais e morais, que são fundamentais para compreender o desenvolvimento infantil em sua totalidade (Mata, Silva, & Silva, 2023).

O desenvolvimento típico é caracterizado por marcos esperados para cada idade, enquanto o atípico apresenta desvios desse padrão (Silva, 2023b). As mães percebem diferenças entre comportamentos típicos e atípicos, baseando-se em idade, gênero e comparação com outras crianças (Rabuske et al., 2005). Pais de crianças com desenvolvimento atípico, como deficiência intelectual, enfrentam maiores níveis de estresse e podem adotar práticas educativas diferentes daquelas usadas por pais de crianças com desenvolvimento típico (Minetto et al., 2012). O diagnóstico precoce e a estimulação intensiva são cruciais para garantir um neurodesenvolvimento adequado à idade (Silva, 2023a).

Diversos teóricos apresentaram marcos esperados do desenvolvimento, os quais podem ser divididos entre as áreas motoras, linguísticas, cognitivas e socioemocionais. Pode-se destacar entre os principais autores da Psicologia do Desenvolvimento: Piaget, Vygotsky e Wallon que trazem importantes contribuições em suas teorias enfatizando aspectos complementares ao desenvolvimento, destacando a importância de considerar os recursos e possibilidades da criança (Pott, 2019). Essas teorias têm implicações importantes para a prática instrutiva na educação infantil (Silva, 2022; Sousa, 2020).

No contexto das teorias do desenvolvimento, é relevante também considerar a concepção de consciência proposta por Frankl (2011), que adiciona a dimensão noética¹ a sua antropologia. Frankl (2016b) define a consciência como um órgão de sentido, que permite ao ser humano intuir o significado único e irrepetível presente em cada situação. Desde as primeiras etapas da vida, essa consciência começa a se manifestar, ainda que de forma inconsciente, antes de se expressar plenamente no nível consciente, conforme aponta Miguez (2014). Esse fundo inconsciente da consciência é essencial para o desenvolvimento da personalidade, permitindo à criança intuir sua identidade e perceber-se como um ser único, além de captar o valor das situações que enfrenta. Isso sugere que a criança antecipa vivências que, com o amadurecimento, se tornarão realidades conscientes (Miguez, 2014, p. 122).

A seguir, serão descritas de forma sucinta as principais ideias de cada uma das teorias citadas:

Segundo Kebach (2018) a teoria de Piaget, em particular, focou na construção progressiva do conhecimento na primeira infância, ressaltando o papel do brincar como ferramenta fundamental de aprendizagem. A compreensão desses processos de

¹ Dimensão noética: A dimensão espiritual, entendida como a consciência humana, pode ser compreendida sob uma perspectiva antropológica, desvinculada de uma abordagem teológica. Trata-se da habilidade do ser humano de refletir sobre si mesmo e sobre o mundo ao seu redor. É nesse âmbito que se manifestam os fenômenos que caracterizam a singularidade do ser humano (Frankl, 2011).

desenvolvimento é crucial para educadores a fim de planejar atividades significativas e inclusivas para cada grupo de crianças (Kebach, 2018).

As fases do desenvolvimento humano segundo Piaget (1999) são divididas em quatro estágios fundamentais. O primeiro estágio, denominado sensório-motor, que se estende desde o nascimento até cerca de dois anos de idade, é caracterizado pela exploração sensorial e pelo desenvolvimento da coordenação motora. Durante essa fase, as crianças aprendem a manipular objetos e a compreender o mundo a partir das suas experiências sensoriais. O segundo estágio, conhecido como pré-operacional, abrange o período dos dois aos sete anos de idade. Nessa etapa, a linguagem e a imaginação ganham destaque, permitindo que a criança se expresse por meio da fala e começa a utilizar símbolos para representar objetos e situações. No entanto, apesar desses avanços, a criança ainda não consegue raciocinar de maneira lógica e concreta. O terceiro estágio, denominado operatório-concreto, ocorre dos sete aos onze anos de idade. Durante essa fase, a criança adquire a capacidade de realizar operações mentais com objetos concretos e de compreender princípios de conservação, tais como a quantidade de matéria ou volume de líquidos. Nesse estágio, os pensamentos das crianças são mais racionais e ligados a situações concretas do dia a dia. Por fim, no estágio operatório-formal, que tem início a partir dos onze anos de idade, ocorre o desenvolvimento da capacidade de pensar de forma lógica e abstrata. Nessa fase, as crianças são capazes de resolver problemas complexos e de compreender conceitos intangíveis, como a justiça e a moralidade. É durante esse estágio que ocorre o amadurecimento cognitivo mais avançado e que a pessoa se torna capaz de formas de pensamento mais abstratas e reflexivas. (Piaget, 1999)

A teoria histórico-cultural vygotskyana, desenvolvida no contexto da Rússia pós-revolucionária, enfatiza a dimensão social do desenvolvimento psicológico humano (Duarte, 2024; Cenci & Damiani, 2018). Vygotsky, juntamente com colaboradores como Leontiev e

Luria, estabeleceu essa abordagem, que destaca o papel das ferramentas culturais e sistemas de signos no desenvolvimento humano (Duarte, 2024; Flauzino & Sade, 2024).

Segundo Vygotsky (1989), o desenvolvimento cognitivo das crianças é profundamente influenciado pelos contextos sociais e culturais em que estão inseridas. Ele argumenta que o aprendizado é mediado pela linguagem e outros sistemas de signos, e que esse processo ocorre principalmente através da interação com outras pessoas. Um conceito chave em sua teoria é a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que define a diferença entre o que uma criança pode fazer sozinha e o que ela pode fazer com a ajuda de outros, como adultos ou colegas.

Vygotsky (1989) acreditava que o desenvolvimento intelectual de uma criança não pode ser entendido separadamente do ambiente social em que ela vive, enfatizando o papel da cultura e da linguagem como mediadores do desenvolvimento cognitivo. Ele também defendeu que o aprendizado precede o desenvolvimento, o que se opõe à visão de Piaget, para quem o desenvolvimento precede o aprendizado.

A teoria psicogenética de Henri Wallon oferece uma abordagem para a compreensão do desenvolvimento humano, enfatizando a integração dos domínios afetivo, cognitivo, motor e pessoal (Calil, 2009).

Wallon (2007), propõe que o desenvolvimento humano ocorra por meio de cinco empreendimentos diferentes, cada um caracterizado pela predominância de aspectos afetivos, motores e cognitivos. A primeira etapa, denominada impulsivo-emocional, abrange o período de 0 a 1 ano, quando o bebê se comunica principalmente através de impulsos e emoções, e suas interações sociais são predominantemente afetivas. No segundo estágio, chamado sensório-motor e projetivo, que ocorre entre 1 e 3 anos, a criança começa a explorar o mundo por meio dos sentidos e da motricidade, além de desenvolver a capacidade de realizar ações intencionais. A partir dos 3 anos e até os 6, no estágio personalista, a criança inicia a formação de sua identidade, desenvolvendo a consciência de si mesma em relação aos outros, com ênfase

significativa no emocional. Entre os 6 e 11 anos, no estágio categorial, o desenvolvimento cognitivo passa a ter maior destaque, e a criança começa a categorizar e organizar o conhecimento de forma mais estruturada. Finalmente, a partir dos 11 anos, o estágio da adolescência é marcado pela busca da identidade e pela integração entre a vida emocional e o pensamento.

Na teoria da logoterapia de Viktor Frankl é possível ressaltar que a criança está mais próxima dos valores do que os adultos geralmente imaginam ou percebem, pois sua consciência possui essa capacidade pré-lógica de captar o sentido presente em cada situação. Dessa forma, é possível entender que a criança já possui uma forma de "órgão do sentido"² que a orienta na realização de valores (Miguez, 2014). No entanto, os meios de expressão bio-psíquicos da criança ainda estão em desenvolvimento e, por conseguinte, sua percepção sobre essa realidade também se encontra em processo de amadurecimento. Como apontado por Miguez (2014), com o amadurecimento, a consciência da criança se tornará uma realidade mais consciente.

Griffa e Moreno (2012) explicam que esse processo de amadurecimento é gradual, pois, nas primeiras etapas de desenvolvimento, a criança ainda não consegue discernir claramente entre o eu e o mundo, nem entre sujeito e objeto. Para alcançar essa compreensão, a criança deve trilhar um caminho de desenvolvimento progressivo.

Segundo Miguez (2014), o desenvolvimento da consciência se estrutura em conformidade com cada estágio do desenvolvimento infantil, sendo sempre um processo que parte do interior do sujeito, um diálogo entre o "ser que sou" e o "dever ser". Nesse diálogo, encontra-se a liberdade para a transformação e para "ser de outra maneira" (Miguez, 2014, p. 120). A liberdade para a transformação é influenciada pelas referências adultas presentes na vida da criança. Ou seja, se os adultos ao seu redor são autônomos e responsáveis, a criança

² Órgão do sentido: "Em uma palavra, a consciência é o órgão do sentido, é a capacidade de descobrir o sentido único e irreprodutível que se esconde em cada situação" (Frankl, 1978, p. 19).

tende a internalizar esses modelos e a perceber que também possui essa capacidade (Miguez, 2014).

Entretanto, Miguez (2014) ressalta que, embora a criança necessite de modelos adultos para o exercício da liberdade, ela ainda mantém a capacidade humana de intuir sobre o dever ser e o sentido único de cada situação. Frankl (2017) complementa essa visão ao afirmar que esse sentido é irrepetível e singular, podendo ser captado e realizado apenas por aquela pessoa específica.

Considerando, portanto, a consciência como essa potência intuitiva presente desde as primeiras fases da vida, mas que se manifesta e se estrutura em conjunto com o desenvolvimento bio-psíquico, é fundamental compreender as etapas desse desenvolvimento e suas influências (Griffa & Moreno, 2012). A primeira etapa ocorre nos primeiros meses de vida, onde, através da relação com a mãe e do contato com o mundo ao redor, o bebê começa a desenvolver a consciência, percebendo gradualmente que é uma pessoa distinta da mãe e de um objeto, como enfatizam Griffa e Moreno (2012). Nessa fase, o bebê explora o ambiente engatinhando, apontando e conhecendo as diferentes formas, texturas, sabores e cheiros dos objetos.

Aos cinco anos, a criança vive imersa em um mundo de fantasias, onde objetos inanimados ganham vida: o sol é consciente de seu calor, as fadas existem para realizar desejos, e gigantes podem surgir para assustar toda a família. Segundo Griffa e Moreno (2012), esse comportamento indica que a consciência da realidade ainda está em formação, pois a criança está imersa nesse mundo mágico.

A partir dos seis anos, a consciência começa a se desenvolver de maneira mais concreta. Griffa e Moreno (2012) destacam que é nesse período, quando a criança inicia a vida escolar, que ela passa a ter maior contato com a realidade, convivendo em novos ambientes, aprendendo novas brincadeiras e explorando o desconhecido. Além disso, nessa fase, a criança começa a

descobrir não apenas os elementos que compõem o mundo exterior, mas também as leis que o regem (Griffa & Moreno, 2012, p. 146).

Na adolescência, por volta dos dez anos, a criança já consegue, através de uma consciência objetiva, criar um distanciamento das situações, o que lhe permite realizar julgamentos críticos, conforme explicado por Griffa e Moreno (2012).

Contudo, no estudo realizado por Souza e Veríssimo (2015), destaca-se que o processo de desenvolvimento infantil é um elemento essencial no progresso global da condição humana. Trata-se de um processo individual e dinâmico, no qual cada criança exibe uma trajetória singular. Este processo é caracterizado por uma interligação contínua e evolutiva nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e linguísticas. Ao longo desse percurso, as conquistas tornam-se gradualmente mais complexas, abrangendo não somente as funções básicas do cotidiano, mas também a construção de um papel ativo na sociedade. A fase que engloba o pré-natal e os primeiros anos da infância desempenha um papel crucial nesse desenvolvimento. Aqui, o crescimento resulta da interação entre a constituição biopsicossocial, influenciada geneticamente, e as vivências proporcionadas pelo contexto circundante.

No desenvolvimento típico, as crianças seguem uma sequência geral de marcos de desenvolvimento, como sentar, engatinhar, andar, falar, entre outros. Esses marcos são alcançados dentro de uma faixa etária razoavelmente aceitável. No desenvolvimento atípico, a sequência e a ordem dos marcos podem ser diferentes, e as crianças podem atingi-los em tempos variados, mais lentos ou mais rápidos (Gaiotto et al., 2024).

De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) o desenvolvimento atípico ou distúrbios do neurodesenvolvimento são um conjunto de condições que surgem durante o período de desenvolvimento. Esses distúrbios geralmente se manifestam precocemente, antes da entrada da criança na escola, e são caracterizados por dificuldades no desenvolvimento que afetam o comportamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. As

dificuldades no desenvolvimento podem variar desde limitações específicas na aprendizagem ou no controle das funções executivas até prejuízos mais abrangentes nas habilidades sociais ou cognitivas. É comum que ocorram múltiplos distúrbios do neurodesenvolvimento em um mesmo indivíduo, por exemplo, aqueles com transtorno do espectro autista frequentemente também apresentam deficiência intelectual, e muitas crianças com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) também têm um distúrbio específico da aprendizagem (Lord et al., 2020). Neste estudo, serão abordados os seguintes desenvolvimentos atípicos: Transtorno do Espectro Autista, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e Altas Habilidades e Superdotação, podendo manifestar-se de forma isolada, combinada ou tripla excepcionalidade. Esses transtornos foram selecionados devido à crescente demanda observada nos contextos clínicos e educacionais.

Estudos recentes indicam um aumento significativo na prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em todo o mundo, particularmente em países de alta renda. Nos Estados Unidos, a prevalência do TEA aumentou de 0,7/10.000 entre 1962 e 1967 para 200/10.000 entre 2011 e 2012 (André et al., 2020). No Brasil, estima-se que mais de 5 milhões de pessoas e suas famílias podem ser afetadas pelo TEA, destacando a necessidade de identificação precisa para informar políticas públicas (Freire & Nogueira, 2023).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade (Rusca-Jordán & Cortez-Vergara, 2020). É um dos transtornos neurocomportamentais mais comuns na infância, afetando aproximadamente 5% das crianças em idade escolar e 7,3% dos adultos globalmente (Bernardes & Siqueira, 2022). Uma meta-análise revelou uma prevalência de 7,6% em crianças de 3 a 12 anos e 5,6% em adolescentes de 12 a 18 anos (Salari et al., 2023). O TDAH é de origem multifatorial e pode coexistir com outros transtornos psiquiátricos e neurológicos em 70% dos casos (Rusca-Jordán & Cortez-Vergara, 2020). O transtorno impacta

as funções executivas, levando a dificuldades em inibir comportamentos, controlar interferências e prever consequências (Ferreira et al., 2022).

No ano de 2020, na Educação Básica brasileira, havia 24.132 estudantes com altas habilidades/superdotação, de acordo com o Censo Escolar (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [INEP], 2021), o que representa apenas 0,05% do total de alunos matriculados. Nos Estados Unidos da América, no ano de 2016, a incidência de alunos com AH/SD era de 6,45% do total de alunos matriculados nas escolas públicas (Civil Rights Fata Collection, 2016). As taxas brasileiras sugerem que, no país, há dificuldades na identificação das crianças e adolescentes com AH/SD.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social em diferentes contextos, incluindo dificuldades na reciprocidade social, comportamentos não verbais de comunicação usados para a interação social e habilidades de desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos. (Hirota & King, 2022) Sua prevalência é de uma para cada 58 pessoas, com claro predomínio no sexo masculino, em relação à base genética a média é de 4 a 1, embora se considere que há subnotificação em mulheres, provavelmente relacionado à falta de identificação nele, devido entre outros aspectos, às diferenças em sua expressão clínica e às dificuldades em técnicas de diagnóstico (Arberas & Ruggieri, 2019), que podem ser explicados pelas bases genéticas, embora devido à possibilidade de sintomas serem mascarados por mecanismos compensatórios e mudarem ao longo do desenvolvimento dos transtornos do neurodesenvolvimento, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base em informações retrospectivas, desde que a apresentação atual cause prejuízo significativo. (Hodges et al, 2020) No diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, as características clínicas individuais são registradas usando especificadores, como presença ou ausência de deficiência intelectual ou linguagem, associação com uma condição médica ou genética

conhecida ou fator ambiental, além de especificadores que descrevem os sintomas autistas, como por exemplo, idade de início, a presença ou ausência de perda de habilidades adquiridas e a gravidade. Esses especificadores permitem que os profissionais de saúde personalizem o diagnóstico e forneçam uma descrição clínica mais detalhada das pessoas afetadas (APA, 2014).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento marcante por níveis prejudiciais de falta de atenção, dificuldades em organização e/ou hiperatividade-impulsividade. A desatenção e desorganização envolvem dificuldades em se manter em uma tarefa, parecer não ouvir e perder materiais de forma inconsistente com a idade ou o nível de desenvolvimento. Os sintomas de hiperatividade e impulsividade condizem com atividades em excesso, agitação, inabilidade de se manter sentado, interferência nas atividades dos outros e incapacidade de esperar, sendo manifestações excessivas para a idade ou o período do desenvolvimento (Santos et al., 2024a). Na infância, o TDAH muitas vezes se sobrepõe a outros distúrbios comumente considerados como "externalizantes", como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno de conduta (Siqueira et al, 2024). Segundo Silva, D'Almeida, Hollandini e Teixeira (2022) o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) mostra-se por meio de complexidades em seus modos de apresentação e sintomas, os quais são diversos em sua natureza e enfoque de acordo com a idade do indivíduo. Por essa razão, a cooperação interdisciplinar e a abordagem multidisciplinar são de suma importância em situações dessa natureza. Os profissionais designados do acompanhamento do indivíduo exercem um desempenho basal ao avaliar a atribuição dessas estratégias, bem como ao identificar contornos inovadores de abordar ocupações e resolver desafios de caráter funcional e eficaz, de acordo com as exigências do paciente em questão. O tratamento deve visar não apenas os sintomas que envolvem desatenção, hiperatividade e impulsividade, mas também os obstáculos no âmbito educacional,

os impactos nas relações familiares e sociais e as possíveis condições psiquiátricas associadas. Tais abordagens revelam-se frequentemente mais bem-sucedidas quando empregadas de forma complementar, adaptando-se às demandas particulares da criança e da família (Pereira et al, 2023). O TDAH tende a persistir na vida adulta e causa prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. Esse distúrbio do neurodesenvolvimento se manifesta principalmente durante os anos de escolaridade formal e se caracteriza por dificuldades persistentes e prejudiciais nas habilidades básicas de leitura, escrita e/ou matemática. O desempenho individual nessas habilidades fica consideravelmente abaixo da média para a idade, e níveis aceitáveis de desempenho só são alcançados com esforço extraordinário (APA, 2014).

O conceito de Altas Habilidades e Superdotação é multifacetado, abrangendo várias perspectivas teóricas. A Teoria dos Três Anéis de Renzulli o caracteriza como habilidades gerais ou específicas acima da média, alto comprometimento com tarefas e altos níveis de criatividade (Peranzoni et al., 2023). A Teoria das Inteligências Múltiplas de Gardner enfatiza a realização do potencial de inteligência por meio de produtos úteis (Peranzoni et al., 2023). As concepções dos professores sobre altas habilidades/superdotação frequentemente incluem equívocos e conhecimento superficial, destacando a necessidade de uma melhor formação de professores sobre este tópico (Urquiza & Martins, 2021). A falta de compreensão entre os educadores pode levar à não identificação de alunos com indicadores de altas habilidades/superdotação (Alves & Szymanski, 2022). Essas perspectivas variadas ressaltam a complexidade do conceito e a importância do treinamento abrangente dos professores para identificar e apoiar efetivamente os alunos superdotados. O desenvolvimento típico refere-se ao padrão de desenvolvimento considerado normal e esperado em crianças. Ele segue uma sequência geral de marcos e habilidades que a maioria das crianças alcança em determinadas faixas etárias (APA, 2014, p. 33).

É de suma importância salientar que o cuidado e criação do ser humano é um dos trabalhos mais intensos que possam existir, porque dele depende a sobrevivência. Todos os cuidados que envolvem o desenvolvimento do indivíduo como: alimentar, vestir, higienizar colocar para dormir, brincar, dar carinho e amor e tantas outras necessidades não podem ser feitas pela tecnologia, pois dependem do estabelecimento do vínculo com seu cuidador. Esse papel em sua grande maioria é desenvolvido pela mulher, como já afirmado acima, é socialmente construída para assumir a responsabilidade do cuidado de sua prole, inclusive sem remuneração (Carlos, 2020). Já Fernandes & Nascimento (2021), defende a ideia de que a partir da constituição de uma licença parental, quando dividida de forma equitativa entre pais e mães, contribui para a equidade de gênero ao desafiar a visão tradicional de que o cuidado infantil é responsabilidade exclusiva das mulheres. Ao promover uma divisão mais justa das tarefas familiares, essa prática ajuda a desconstruir estereótipos de gênero e permite que os homens se envolvam mais ativamente na criação dos filhos. Dessa forma, a licença parental contribui para uma maior igualdade de gênero tanto no âmbito familiar quanto profissional.

Segundo Viana e Benincasa (2023) a concepção de maternidade atípica implica na luta pelos direitos dos filhos, especialmente quando estes apresentam deficiências ou são neurodivergentes, exigindo a construção de novos conhecimentos sobre os marcos de desenvolvimento esperados. Esse conhecimento, aliado à assistência de profissionais, contribui para orientar e buscar tratamentos e inclusão educacional adequados. A dedicação quase exclusiva a essa jornada frequentemente resulta em transformações significativas na vida da mãe, afetando sua identidade como mulher e suas relações sociais. Sendo assim, a maternidade atípica refere-se à experiência de criar filhos com desenvolvimento atípico ou neurodivergente, demandando dedicação e cuidados diferenciados em comparação com a maternidade de filhos neurotípicos (Viana & Benincasa, 2023).

As mães de crianças atípicas apresentam mais doenças mentais que mães típicas, pois inúmeros fatores corroboram para este quadro, entre eles a sobrecarga de atenção necessária para o filho com atipia, o estigma e a discriminação da sociedade que afeta não somente a criança, mas também as pessoas próximas, a preocupação da dependência de seu filho que dura a vida toda. Esses fatores a longo prazo podem desenvolver ansiedade e depressão (Cunha et al., 2022).

A seguir, será apresentado o referencial teórico utilizado nesta dissertação, que se fundamenta na Logoterapia e Análise Existencial Frankliana. Essa abordagem, centrada na busca de sentido da vida, valoriza a capacidade humana de encontrar propósito através da realização de valores, mesmo nas circunstâncias mais desafiadoras, como as enfrentadas pelas na maternidade atípica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A escolha do referencial teórico da Logoterapia e Análise Existencial Frankliana, fundamentada nas ideias de Viktor Frankl, justifica-se pela ênfase que essa abordagem oferece à busca de sentido, mesmo em situações de dor e sofrimento, como aquelas enfrentadas por mães de crianças atípicas. A Logoterapia tem como um dos seus fundamentos a autotranscendência, ou seja, a capacidade do indivíduo de superar suas próprias limitações e dificuldades, direcionando sua atenção para algo maior e mais significativo. Essa perspectiva oferece bases para analisar as complexidades dos fatores de risco, fatores de proteção e enfrentamentos emocionais vivenciadas pelas mães com filhos atípicos, promovendo uma visão mais humanizada e propositiva sobre o sofrimento e a superação. Além do olhar da Logoterapia e Análise Existencial Frankliana a discussão será enriquecida por estudos atuais

que investigam o impacto da maternidade atípica na saúde mental e na qualidade de vida dessas mães.

Ademais, Viktor Frankl (2010), fundador da Logoterapia, destaca nos escritos que retratam sua vida a importância das relações humanas e a força do vínculo familiar, especialmente no contexto de sua própria experiência durante o Holocausto. A experiência de Frankl ressalta como o amor e o apoio familiar podem ser fontes de resiliência e esperança, mesmo nas circunstâncias mais extremas.

Segundo o autor, a Logoterapia nasceu em sua casa, na rua Czerningasse n. 06. Em seus escritos ele relata a figura de sua mãe com um profundo respeito e devoção, destacando sua bondade e religiosidade. Desde a infância, ele teve uma forte ligação emocional com ela, lembrando-se carinhosamente de como o embalava para dormir com canções. Essa conexão maternal foi tão intensa que, durante os primeiros anos em que Frankl precisou pernoitar nos hospitais onde trabalhava, ele sentiu uma saudade esmagadora de sua casa (Frankl, 2010).

O vínculo entre Frankl e sua mãe se tornou ainda mais significativo após a morte de seu pai em Theresienstadt. Ele decidiu demonstrar seu amor e gratidão beijando sua mãe sempre que se encontravam ou se despediam, uma forma de garantir que, caso fossem separados, teriam partido em bons termos (Frankl, 2010). Essa demonstração de amor maternal culminou quando Frankl, antes de ser levado a Auschwitz com sua esposa Tilly, pediu à sua mãe que o abençoasse. O grito apaixonado e a bênção que recebeu são lembranças recontados inúmeras vezes por Frankl, em suas cartas para sua irmã Stella Bondy (Frankl, 2021), pois foi uma das últimas interações que tiveram antes dela ser levada para Auschwitz e posteriormente às câmaras de gás. Durante seu tempo no campo, Frankl (2017) pensava constantemente em sua mãe e nutria a esperança de reencontrá-la. Ele imaginava que, ao revê-la, a única ação apropriada seria ajoelhar-se aos seus pés, um gesto de reverência e gratidão profunda pela mãe que tanto amava (Frankl, 2010).

A experiência vivenciada nos Campos de Concentração serviu como uma confirmação da teoria proposta por Frankl (2017). Em seus relatos, o autor descreve as experiências e os sentimentos dos prisioneiros, permitindo traçar um paralelo significativo com as vivências de mães de crianças neuroatípicas. (Frankl, 2017). A comparação entre o estresse crônico enfrentado por essas mães e os traumas experimentados pelos sobreviventes do Holocausto foi evidenciada em estudos que investigam os impactos psicológicos e biológicos do estresse contínuo (Seltzer et al., 2010). Esses estudos reforçam a compreensão da carga emocional e do desgaste físico associados a situações de estresse prolongado e intenso.

O criador da Logoterapia era judeu e passou por quatro Campos de Concentração: Theresenstadt, Auschwitz, Kaufering III e Turkheim e foi neste contexto que a Logoterapia teve sua comprovação (Herrera, 2021).

Frankl (2017) em seus relatos sobre esse período de muito sofrimento em sua vida, conta que havia três etapas quando um prisioneiro chegava no campo: estado de choque, apatia e distensão interior total.

Segundo Frankl (2017) a fase inicial de recepção no Campo de Concentração pode ser descrita como um estado de choque psicológico profundo. Esta condição começa já no transporte, onde prisioneiros viajavam amontoados por dias, sem saber exatamente o destino. Ao reconhecerem o nome "Auschwitz" quando chegavam à estação ferroviária, todos eram tomados pelo terror, evocando imagens de câmeras de gás e fornos crematórios.

Ao se aproximarem do campo, viam cercas de arame farpado, torres de vigia e colunas de prisioneiros exaustos. O horror e o terror eram evidentes nos rostos dos recém-chegados. Comandos estridentes dos guardas da organização SS e a visão de prisioneiros bem alimentados, mas com aparência grotesca, intensificavam o choque e criavam uma ilusão de esperança, onde os prisioneiros acreditavam que poderiam ser poupados (Frankl, 2017).

Essa esperança é comparada à "ilusão de indulto", onde uma pessoa condenada à morte acredita que será perdoada no último momento. Ele também descreve o cinismo e a brutalidade do campo, onde prisioneiros negociavam itens valiosos por álcool para entorpecer a realidade dura. Essa fase de recepção é marcada por um choque psicológico intenso, refletindo a brutalidade e a desumanização dos campos de concentração (Frankl, 2017).

Na segunda fase, a apatia, Frankl (2017) descreve como os prisioneiros passam a experimentar uma insensibilidade emocional crescente. Esta apatia se desenvolve rapidamente como uma forma de autoproteção.

Além da insensibilidade emocional, a apatia também se reflete na resistência física e psicológica dos prisioneiros às agressões constantes. Os encarcerados se tornam insensíveis às pancadas e à dor física, desenvolvendo uma "couraça" emocional necessária para sobreviver. Frankl (2017) observa que a dor mais profunda vem da injustiça e da humilhação, e não dos golpes físicos em si. Em suma, a apatia nos Campos de Concentração é uma reação adaptativa dos prisioneiros à constante exposição ao horror e à brutalidade, permitindo-lhes continuar a existir num ambiente de extrema desumanização.

Viktor Frankl (2017) em seus relatos sobre a libertação dos prisioneiros do campo de concentração, que compõe a terceira fase, descreve um estado de distensão interior total após a liberdade. Esse estado é caracterizado por uma mistura de desaprender a alegria, depressão e falta de felicidade. Quando os prisioneiros são finalmente libertados, ao contrário do que se poderia esperar, não há uma explosão de alegria generalizada. E sim, há uma sensação de distensão interior, onde a intensa tensão psíquica acumulada durante os anos de cativeiro é sucedida por uma apatia e um sentimento de irrealidade. A palavra liberdade, tantas vezes sonhada e ansiada, perde seu significado concreto e parece irreal diante da nova realidade. Quando os prisioneiros se deparavam com flores, natureza e liberdade, não conseguiam sentir

a alegria esperada. Em vez disso, sentem uma desconexão emocional, uma incapacidade de participar plenamente do mundo ao seu redor.

A noitinha quando voltam a se reunir os companheiros em seu velho barracão, um chega para o outro e pergunta às escondidas: "Diga-me uma coisa - você chegou a ficar contente hoje?". O outro responde: "Para ser franco, não!". E fica envergonhado, porque não sabe que com todos é assim. Literalmente, desaprendemos o sentimento de alegria. Será necessário aprender de novo a alegrar-se (Frankl, 2017, p. 114).

Esse fenômeno é descrito por Frankl (2017) como uma despersonalização, onde tudo parece irreal e improvável, como se ainda estivessem presos em um sonho. Esse sentimento é agravado pelo fato de que, durante anos, sonharam com o momento da libertação, apenas para serem repetidamente despertados para a dura realidade do campo. Agora que a liberdade é finalmente uma realidade, eles lutam para acreditar e se ajustar a ela.

Mesmo quando tentam comer e socializar, há uma compulsão psicológica para contar suas histórias, como uma forma de descarregar a pressão acumulada. No entanto, a verdadeira alegria e a sensação de liberdade plena são difíceis de alcançar. Leva dias, às vezes semanas, até que os sentimentos reprimidos comecem a emergir, e mesmo então, a adaptação à nova realidade é lenta e cheia de desafios (Frankl, 2017).

Frankl (2017) destaca que essa distensão interior e a dificuldade de experimentar a alegria são reações naturais após a intensa pressão psicológica sofrida no Campo de Concentração. Ele compara essa experiência à "doença do mergulhador", onde uma descompressão repentina pode causar danos à saúde mental e emocional dos libertos. A necessidade de assistência psicológica é crucial para ajudar os prisioneiros a navegarem por essa fase de transição e reintegração à vida normal.

Na maternidade atípica, pode-se inferir, uma aproximação com as situações vividas no Holocausto, segundo uma clássica pesquisa de Seltzer et al. (2010), cujo estudo utilizou diários para contrastar mães de adolescentes e adultos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) com um grupo de mães de crianças não afetadas. A amostra incluiu 86 mães de filhos com TEA e 171 mães de crianças sem deficiências. Durante 8 dias, as mães participaram de entrevistas telefônicas diárias para contar sobre suas experiências e os problemas de comportamento dos filhos, além de fornecerem amostras de saliva em momentos específicos para medir os níveis de cortisol.

A análise de dados utilizou modelagem multinível para examinar o impacto dos problemas de comportamento diários no ritmo diurno do cortisol das mães, considerando também a interação entre a história de problemas de comportamento e os problemas diários. A pesquisa reconheceu limitações, como a homogeneidade da amostra, mas destacou suas forças, incluindo um período de estudo prolongado e um grupo de comparação normativo.

Os resultados mostraram que as mães de filhos com TEA tinham níveis de cortisol significativamente mais baixos ao longo do dia. A história de problemas de comportamento dos filhos resultava, no aumento matinal do cortisol materno. A pesquisa sugeriu que essas mães experimentam estresse agudo e crônico, com a desregulação do cortisol ligada ao perfil comportamental do filho.

A comparação entre o estresse vivenciado por mães de crianças atípicas e o estresse crônico enfrentado por sobreviventes de traumas significativos, como os do Holocausto, prosseguirá no capítulo seis da discussão e reforçará de maneira contundente a escolha da Logoterapia como base para a análise dos dados desta pesquisa.

Haja vista que Viktor Frankl (2017) comprovou sua teoria a partir de suas próprias experiências em Campos de Concentração, explorou com profundidade a relação entre o sofrimento extremo e a capacidade humana de encontrar sentido em meio ao caos. Desta forma,

é possível traçar um paralelo diante dessas diferentes vivências – o de sobreviventes de traumas históricos e o das mães que enfrentam a constante pressão emocional, física e social de cuidar de seus filhos atípicos.

Entretanto, ao utilizar essa perspectiva para analisar os fatores de risco, fatores de proteção e enfrentamentos dessas mães, a pesquisa não apenas reconhece a profundidade do sofrimento envolvido, mas também aprecia o potencial da realização de valores, da busca de sentido e autotranscendência que pode emergir dessa experiência, deste modo, justifica-se a escolha da Logoterapia como lente analítica para este estudo.

A seguir serão apresentados os principais conceitos da Logoterapia e Análise Existencial Frankliana.

3.1 Logoterapia e Análise Existencial Frankliana

A Logoterapia é uma teoria psicoterápica que se concentra em ajudar as pessoas a encontrarem sentidos e propósitos em suas vidas. Foi desenvolvida pelo psiquiatra austríaco Viktor Emil Frankl, sobrevivente dos Campos de Concentração nazista durante a Segunda Guerra Mundial (Andrade, 2018).

A Logoterapia e Análise Existencial se baseiam na premissa de que as pessoas possuem uma necessidade inata de encontrar um sentido em suas vidas e que pode ser alcançado através da busca de valores e objetos de sentido. Esta abordagem foca em ajudar as pessoas a descobrirem seus próprios valores e propósitos, e a encontrar formas de viver de acordo com eles (Kroeff, 2011).

Segundo Herrera (2021), as raízes científicas e psicológicas da Logoterapia estão fundamentadas na própria experiência pessoal de Viktor Frankl. Nasceu na sua casa, no seio de sua família, amadureceu nos estudos e práticas médicas culminando na sua vivência da

“experimentum crucis” nos Campos de Concentração, no período da Segunda Guerra Mundial (Frankl, 2010).

A essa vivência pessoal, pode-se acrescentar a reflexão filosófica direcionada à visão antropológica, fundamentada no existencialismo dos séculos XIX e XX (Herrera, 2021). Os principais conceitos schelerianos que Viktor Frankl utilizou na Logoterapia incluem a distinção entre valores e bens, onde os valores são considerados primordiais e os bens são vistos como objetos que suportam esses valores (La Cadena & Arja Castañon, 2020). A ideia de uma hierarquia de valores proposta por Max Scheler, filósofo alemão, classificando-os em diferentes níveis, desde os sensoriais até os espirituais, e enfatizando a importância de realizar valores superiores na busca de sentido na vida é adotada por Frankl em sua teoria. A Logoterapia introduz ainda a noção de que a motivação humana não é apenas resultado de carências ou necessidades, mas é direcionada pela força de resistência do espírito que busca valores objetivos e sentido (La Cadena & Arja Castañon, 2020).

Frankl propõe também a ideia de um inconsciente espiritual, que se refere à dimensão espiritual do ser humano e à busca por significado, diferenciando-se das abordagens que focam apenas nas necessidades básicas (Frankl, 2022). Segundo Frankl, as teorias motivacionais baseadas na homeostase não capturam a essência do homem em sua totalidade. Ele caracteriza o ser humano como uma unidade apesar de sua pluralidade (Frankl, 2022).

As teorias motivacionais baseadas na homeostase sustentam a ideia de que o estresse emocional ou psicológico deve ser reduzido para restabelecer o equilíbrio. A homeostase, entendida como um mecanismo de controle biológico e psicológico, busca manter a estabilidade nas condições fisiológicas, biológicas e psíquicas (Frankl, 2019). Esse mecanismo consiste em um sistema de regulação que mantém certos elementos dentro de limites apropriados, pois, caso contrário, a vida pode estar em risco, como no caso da pressão arterial, glicose, temperatura e ureia no sangue (Sousa, Silva & Coelho, 2015). No entanto, Frankl

(2011) argumenta que, mesmo no campo da biologia, de onde o conceito de homeostase foi extraído, ele não é inteiramente sustentável. Frankl fez essa afirmação apoiado em Ludwing Von Bertalanffy, o qual demonstrou que fenômenos biológicos fundamentais, como desenvolvimento e reprodução, não podem ser explicados pelo princípio da homeostase, e Kurt Goldstein, o qual comprovou que apenas um cérebro em funcionamento patológico tenta evitar tensões incondicionalmente (Frankl, 2011).

A teoria busca refutar o reducionismo e a desumanização presentes nas teorias psicodinâmicas, propondo uma abordagem mais humanizadora. Um exemplo dessa proposta é um relato do próprio Viktor Frankl, que, ao ministrar uma palestra para prisioneiros na Penitenciária de San Quentin, observou que aqueles homens "pela primeira vez sentiram-se compreendidos" (Frankl, 2011, p. 16), pois foram tratados como "seres humanos e não como máquinas a serem consertadas" (Frankl, 2011, p. 16), reconhecendo sua integridade como seres humanos. Ele destaca que não lhes ofereceu uma desculpa barata para livrá-los de seus sentimentos de culpa, explicando-os como vítimas de processos condicionantes de natureza biológica, psicológica ou sociológica, nem os considerou como "peões indefesos no tabuleiro de batalha entre id, ego e superego" (Frankl, 2011, p. 16).

É importante lembrar que Viktor Frankl (2010), embora tenha oposições as teorias psicodinâmicas, interessou-se cedo pela psicanálise, através de amigos que eram alunos de Freud. Em sua autobiografia, ele relata que seu envolvimento com a psicanálise se fortaleceu quando começou a se corresponder com Sigmund Freud, enviando-lhe material que julgava ser de interesse. Freud respondia prontamente a todas as cartas, e, aos dezesseis anos, Frankl "teve um artigo publicado por Freud, que demonstrava sua estima pelo jovem pesquisador" (Frankl, 2010, p. 53).

Ainda que Frankl (2011) nutrisse grande admiração por Freud e sua inteligência, reconhecendo-o como um gigante no campo da Psicologia, ele discordava de alguns aspectos

da teoria psicanalítica, especialmente na despersonalização do indivíduo. Frankl (2011) criticava a visão de Freud de que o comportamento humano é governado por fatores inconscientes, dos quais a pessoa não tem controle, argumentando que essa perspectiva não reconhece a capacidade do ser humano de ser verdadeiramente ele próprio. Para Frankl (2016a), o ser humano se manifesta plenamente quando age de forma responsável, decidindo por si mesmo, em vez de ser impulsionado por instintos.

Outro ponto levantado na teoria da Logoterapia é a crítica à visão de que a realidade serve apenas como uma ferramenta para a satisfação dos instintos ou para a obtenção de prazer. Ele argumenta que, nessa perspectiva, o "outro" ou o "objeto" são meros instrumentos para a satisfação pessoal (Frankl, 1978, p. 27).

Após perceber incompatibilidades com a teoria freudiana, Frankl se aproximou de Alfred Adler, outro ex-discípulo de Freud. Para Adler, a principal motivação humana é a busca por superioridade, um impulso comum para se adaptar, aperfeiçoar e encontrar a felicidade. No entanto, Frankl também se decepcionou com a teoria de Adler, pois considerava que ela reduzia a motivação humana à busca de poder e superioridade. Como resultado de suas divergências públicas com Adler, Frankl foi formalmente excluído da Associação de Psicologia Individual (Frankl, 2010, p. 72).

Viktor Frankl (2010) decidiu, então, fundar a terceira Sociedade Psicoterápica de Viena, onde desenvolveu suas próprias ideias, afirmando que a motivação fundamental do ser humano não é o erotismo ou a busca por poder e superioridade, mas sim a busca pelo sentido da vida.

Frankl (2011) também criticou a teoria de Abraham Maslow, particularmente sua "hierarquia das necessidades". Embora Maslow não concordasse com a visão homeostática do ser humano presente na psicologia dinâmica, O autor da Logoterapia argumentava que a hierarquização das necessidades não oferecia uma ajuda significativa (Frankl, 2011). O que

realmente importa é o sentido das coisas, e não a ordem hierárquica das necessidades. Ele destacou que, mesmo quando as necessidades mais básicas não são satisfeitas, a busca pelo sentido da vida pode se tornar a necessidade mais urgente de todas (Frankl, 2011). Sendo assim, afirma que, pessoalmente, não estaria disposto a viver em função de seus "mecanismos de defesa" nem a morrer simplesmente por amor às suas "formações reativas", mas ressalta que o ser humano é capaz de viver e até morrer por seus ideais e valores (Frankl, 2017, p. 125).

A Logoterapia pode ser utilizada para tratar uma variedade de problemas de saúde mental, incluindo a depressão, a ansiedade e vazio existencial. Baseia-se na ideia de que quando a pessoa encontra um sentido, o propósito em sua vida, é mais resistente e capaz de enfrentar os desafios e as dificuldades, isto é a força desafiadora do espírito (Frankl, 2017).

3.2 Vazio Existencial

O vazio existencial é uma percepção de falta de sentido ou propósito na vida, manifestando-se principalmente como uma sensação de tédio e indiferença. Segundo Viktor Frankl (2011) o vazio existencial é um fenômeno marcante do século XX, resultado de duas perdas fundamentais que a humanidade vem sofrendo desde o início da história: os instintos e as tradições. Os instintos, que regulavam o comportamento e garantiam a sobrevivência, foram enfraquecidos, enquanto as tradições, que serviam de suporte para a conduta humana, vêm diminuindo drasticamente (Frankl, 2017, p. 131). Como consequência, o ser humano não consegue mais saber o que realmente deseja, caindo na imitação ingênua e acrítica dos outros. Isso o leva ao conformismo, em que faz o que os outros fazem, ou ao totalitarismo, em que faz o que lhe é imposto (Frankl, 2005, p. 24).

O vazio existencial é causado pela exclusão de referências corretas de sentido, gerando uma neurose coletiva caracterizada pelo sentimento de perda de significado, que cada vez mais

domina o ser humano (Frankl, 2016b, p. 25). Os sentidos que dão significado à vida podem ser compreendidos a partir da "apreensão de toda a riqueza do reino dos valores" (Frankl, 2016b, p. 112).

Muitos pacientes procuravam psiquiatras por estarem aflitos com um "sentimento de inutilidade da vida", uma condição que Frankl (2017) chamou de Patologia do Espírito da Época, em que o vazio existencial se torna sinônimo de ausência de sentido. Nesses casos, a pessoa se despersonaliza e não se reconhece, ficando condicionada a influências externas (Frankl, 2016b). A falta de sentido pode levar ao suicídio, como exemplificado por Frankl ao relatar o caso de jovens universitários americanos que, apesar de condições sociais e familiares aparentemente boas, tentaram suicídio devido à sensação de vazio em suas vidas. (Frankl, 2016b)

Frankl (2011) atribuiu o estado de vazio existencial a uma dupla perda sofrida pela humanidade: a do instinto e da tradição. A primeira perda está relacionada ao início da história humana, quando alguns dos instintos básicos, que regulavam o comportamento dos animais e garantiam sua sobrevivência, foram perdidos. A segunda perda refere-se às tradições, que servem como base para orientar a conduta humana, mas que, atualmente, têm se enfraquecido de maneira acelerada. Dessa forma, o ser humano não tem mais instintos que o guiem sobre o que deve fazer, nem tradições que indiquem o que é necessário fazer; muitas vezes, ele nem sabe o que deseja fazer (Frankl, 2005).

Frankl (2011) observa que, ao contrário dos animais, o ser humano não possui instintos naturais que indiquem como agir, e, diferentemente de épocas passadas, as tradições que costumavam orientar as ações também não estão mais presentes de forma significativa. Por isso, o homem moderno muitas vezes não sabe o que quer.

A impossibilidade de contar com instintos e a destruição às tradições deixa as pessoas sem referências seguras que possam servir de guia. Segundo Viktor Frankl (2005), isso faz com

que eles acabem se adaptando de duas maneiras: pelo conformismo ou pelo totalitarismo. No conformismo, a pessoa faz o que os outros fazem; já no totalitarismo, ela faz o que os outros querem que ela faça.

Além disso, o vazio existencial está ligado à perda de interesse pelo mundo, levando ao tédio e à indiferença, sintomas característicos das neuroses sociogênicas e das "Neuroses de Massas", nas quais o sentimento de falta de sentido da existência é predominante (Frankl, 2005, p. 21). Por fim, Frankl (2016a) alerta que, quando falta sentido na vida, mesmo os outros aspectos estando satisfeitos, a pessoa pode optar pelo suicídio, destacando a importância da busca de sentido como elemento central para a realização existencial.

3.3 Pilares da Logoterapia

De acordo com Frankl (2011, p.7), a “Logoterapia é fundamentada em três princípios básicos: a liberdade de vontade, a vontade de sentido e o sentido da vida”.

3.3.1 A liberdade da Vontade

A liberdade de vontade, que constitui o alicerce antropológico da Logoterapia, afirma que o ser humano não é livre das contingências, mas é livre para escolher sua atitude frente a qualquer circunstância que lhe seja imposta, utilizando a dimensão noética. Este princípio se contrapõe ao determinismo, pois considera o homem como um ser livre e responsável por suas próprias decisões (Frankl, 2011).

Na perspectiva da Logoterapia, o ser humano é um ser em busca de sentido, sendo capaz de encontrá-lo e realizá-lo em qualquer condição, inclusive diante de um sofrimento inevitável,

pois, “dependendo da atitude que se escolhe ter, o ser humano é capaz de encontrar e realizar sentido até mesmo numa situação desesperadora, sem saída” (Frankl, 2011, pp. 96-97).

Ao direcionar sua atenção para o mundo, para algo ou alguém além de si mesmo, o indivíduo vivencia o que Frankl descreve como “fundamental do ponto de vista antropológico: autotranscendência da existência humana!” (Frankl, 2015, p. 15). Nesse processo, surgem oportunidades de realização de valores, despertando potencialidades, promovendo transformações e superações, com o objetivo de encontrar e concretizar um sentido em sua vida. Esse movimento não se restringe a si mesmo, mas se volta para outro ser humano ou para a realização de algo significativo (Frankl, 2015).

Baseando-se nos princípios antropológicos da Logoterapia, o ser humano possui a capacidade de escolher suas atitudes e posicionar-se em diferentes situações e contextos, transcendendo os condicionamentos biológicos, psicológicos e sociológicos, os quais não devem ser considerados as causas determinantes do comportamento humano (Frankl, 2011).

O "homem incondicionado" é aquele que não nega sua humanidade, ou seja, a capacidade de guiar-se por sua própria consciência, de sofrer e resistir às adversidades mais extremas e, ainda assim, adotar uma atitude significativa em relação ao sofrimento, assumindo a responsabilidade pelo que faz de si mesmo (Frankl, 2011). Assim, o homem incondicionado, mesmo em circunstâncias adversas e indignas, não se deixa subjugar por sua condicionalidade, sendo capaz de existir além das limitações impostas pela sua realidade, exercendo sua liberdade de atitude, ainda que de forma limitada, pois "nenhuma condicionalidade é capaz de 'fazer' plenamente o homem, na medida em que ela, na verdade, o condiciona, mas não o constitui" (Frankl, 2019, p. 105).

Embora a liberdade seja finita e restrita, uma vez que o ser humano não está completamente livre das condições de sua realidade biológica, psicológica e sociológica, ele ainda possui a liberdade de posicionar-se, graças à sua capacidade de pensar, refletir e discernir,

podendo escolher suas atitudes frente aos condicionamentos presentes em seu contexto de vida (Frankl, 2020).

Dessa maneira, o ser humano não é meramente resultado de suas condições, heranças e influências ambientais, mas torna-se plenamente humano pela postura que adota diante de sua própria vida, mesmo que sua capacidade de autodeterminação não seja absoluta, tornando-se responsável pelo seu próprio "vir a ser" (Frankl, 2011).

Cada indivíduo é único, e somente ele pode responder às suas próprias escolhas de vida. "Cada pessoa possui a si mesma, é dona de si mesma, existe uma unidade, uma organização interior. É essa liberdade interior que permite o desenvolvimento da personalidade" (Griffa & Moreno, 2012, p. 73).

Frankl (2017) enfatiza que todo ser humano tem a capacidade de se elevar, mesmo diante de situações complexas. Ele ressalta que não se trata de estar livre de fatores condicionantes, mas sim da liberdade de tomar uma posição frente a esses condicionamentos, oferecendo novas respostas às questões que a vida apresenta. "Precisamos aprender e também ensinar às pessoas em desespero que a rigor nunca e jamais importa o que nós ainda temos a esperar da vida, mas sim exclusivamente o que a vida espera de nós" (Frankl, 2017, p. 101).

A Logoterapia expande a visão do ser humano, destacando seu potencial de transformação e a percepção do mundo como uma oportunidade para a realização de valores, convidando-o a viver o presente de forma concreta, respondendo a cada situação, mesmo diante do sofrimento e das circunstâncias imutáveis, com um olhar voltado para o futuro como algo a ser realizado ou alguém a ser amado. Reforça, assim, a máxima de Nietzsche: "quem tem porquê viver pode suportar quase qualquer como" (Frankl, 2017, p. 7).

O ser humano adquire sua individualidade dentro da própria comunidade, mas não é um ser isolado. Ele se realiza no mundo e para o outro, dependendo do seu grupo para existir. Quanto mais diferenciado e menos acomodado à norma, mais ele vive sua unicidade e

irrepetibilidade. O autor da Logoterapia ilustra essa relação entre indivíduo e comunidade, comparando-a com "uma pequena pedra e o mosaico inteiro" (Frankl, 2016a, p. 152).

Quando uma pessoa desperta para a vontade de realizar uma vida com sentido, ela entra em um campo de tensão saudável entre o que é, o que recebeu e aprendeu até então, e o que pode vir a ser. Esse campo de tensão possibilita o desenvolvimento do "dever ser," permitindo que a pessoa se oriente para o futuro de maneira consciente, livre e responsável, superando traumas e dores do passado: "chega a ser o que só tu podes e deves ser" (Frankl, 2019, p. 292).

A habilidade de enfrentar o sofrimento é uma característica inerente à condição humana, assim como a capacidade de evoluir e amadurecer diante dos desafios naturais da vida (Frankl, 2010). A Logoterapia identifica na responsabilidade o núcleo da existência humana (Frankl, 2017).

Quando uma pessoa está presa na dor e no sofrimento, ela pode não reconhecer suas próprias potencialidades e as possibilidades de novas atitudes e escolhas para seu futuro. No entanto, Frankl (2011) afirma que existe a possibilidade de tornar a vida significativa através da criação, do amor ou da adoção de uma atitude correta, mesmo quando não há controle sobre o próprio destino.

"O ser humano é responsável por fazer uso das oportunidades que lhe aparecem para atualizar suas potencialidades e realizar valores, sejam estes de criação, de experiência ou de atitude" (Frankl, 2011, p. 96).

Dentro da prática clínica, a visão do ser humano proposta pela Logoterapia transcende os condicionamentos do destino, abordando o indivíduo em sua dimensão mais profunda, a dimensão noética. O homem, além de ser biopsicossocial, possui uma "dimensão noológica," também chamada de "dimensão espiritual," mas sem conotação religiosa. Essa dimensão refere-se a uma conceituação antropológica, não teológica (Frankl, 2011, p. 28).

3.3.2 Vontade de Sentido

Segundo Pereira (2007), a "vontade de sentido" é o conceito central da Logoterapia, desenvolvida por Viktor Frankl, que enfatiza a busca do ser humano por um propósito ou significado em sua vida. Frankl (2011) defende que essa vontade é uma característica essencial da existência humana, manifestando-se na autotranscendência, que se refere à capacidade do indivíduo de se conectar a algo além de si mesmo, seja um objetivo a ser alcançado ou a preocupação com o bem-estar de outra pessoa.

Nesse contexto, a verdadeira felicidade não reside na sua busca direta, mas na realização de um sentido. A felicidade surge como uma consequência natural da concretização desse propósito, que é considerado um fim em si mesmo. Dessa forma, a "vontade de sentido" é vista como uma força motivadora que orienta as ações e decisões do indivíduo, levando-o a buscar significados que transcendem suas próprias necessidades e desejos (Pereira, 2007).

A "vontade de sentido" está intrinsecamente ligada ao caráter autotranscendente da existência humana, destacando que a busca por sentido vai além das necessidades e desejos individuais. Esse impulso motiva o ser humano a direcionar sua vida para algo maior do que ele próprio, conectando-o a objetivos, valores ou ao bem-estar de outras pessoas (Pereira, 2007).

A autotranscendência é um aspecto fundamental da natureza humana, no qual a verdadeira realização e satisfação não advêm da busca egoísta por prazer ou felicidade, mas sim da capacidade de se dedicar a algo maior. Essa dedicação pode se manifestar na busca por um ideal, na realização de um propósito ou no cuidado com os outros. Assim, a "vontade de sentido" se revela na habilidade do indivíduo de se elevar acima de suas próprias preocupações e de se engajar em ações que possuem significado e valor (Frankl, 2011).

Ao reconhecer essa autotranscendência, a teoria da Logoterapia propõe uma visão de homem que se distancia do introspectivismo e do solipsismo, enfatizando que a verdadeira

essência da vida humana reside na busca de um sentido que transcende o eu (Pereira, 2007). Portanto, a "vontade de sentido" e a autotranscendência estão intrinsecamente ligadas, refletindo a necessidade fundamental do ser humano de encontrar um propósito que o conecte a algo maior do que sua própria existência (Frankl, 2011). Essa conexão com valores e objetivos maiores não só proporciona realização pessoal, mas também fortalece a capacidade do indivíduo de enfrentar desafios e adversidades, promovendo um sentido de vida que vai além das limitações imediatas e pessoais. Assim, a busca por um significado maior se torna uma força orientadora essencial na vida humana, moldando as ações e decisões de maneira a refletir o compromisso com propósitos que transcendem o próprio eu (Frankl, 2011).

Frankl (2011) defende a ideia de descentramento do indivíduo em favor do sentido ao argumentar que essa busca deve ser priorizada em relação à procura por satisfação pessoal ou felicidade individual. Essa perspectiva critica o enfoque tradicional que coloca o indivíduo e suas necessidades no centro das motivações humanas. Em vez disso. O autor propõe que a verdadeira realização pessoal ocorre quando o indivíduo se volta para fora de si mesmo, buscando um propósito que transcenda suas próprias preocupações (Frankl, 2011).

Na Logoterapia, a "vontade de sentido" é a força motriz que orienta as ações humanas, e que essa busca por sentido é o que realmente singulariza o indivíduo. Assim, a felicidade e o prazer são vistos como efeitos colaterais da realização de um sentido, e não como fins em si mesmos. O descentramento do indivíduo implica que a vida ganha significado quando se está comprometido com algo maior, seja um ideal, uma causa ou o bem-estar de outras pessoas, em vez de se concentrar apenas na autorrealização ou na busca de prazer (Frankl, 2011).

3.3.3 Sentido da Vida

De acordo com Viktor Frankl (2017), a questão do sentido da vida não pode ser abordada de maneira simplista, uma vez que este varia de pessoa para pessoa e de um momento para outro. Em vez de buscar um sentido universal para a vida, é mais relevante considerar o sentido específico de cada vida em um dado momento. Ele faz uma analogia ao comparar essa busca à pergunta feita a um campeão de xadrez sobre o "melhor lance do mundo", destacando que não há um "melhor lance" universal, mas sim um lance adequado para cada situação específica e para cada adversário (Frankl, 2017, p. 133).

Além disso, segundo Aquino et al. (2009), a definição de sentido da vida, conforme abordada na logoterapia, é multifacetada e refere-se à busca individual de cada pessoa por significado em sua existência. Frankl (2011) propõe que o sentido da vida é incondicional, pessoal e situacional, ou seja, varia de pessoa para pessoa e de situação para situação, manifestando-se sempre na relação entre o ser humano e o mundo ao seu redor. Na Logoterapia, o sentido da vida é visto como a motivação primária do ser humano, e a busca por esse sentido é considerada como parte essencial da condição humana. (Aquino et al., 2009). Essa busca não necessariamente leva a um estado de equilíbrio interior, mas sim a uma tensão interna, pois implica que há um sentido a ser encontrado e uma pessoa que deve realizá-lo (Frankl, 2017).

O sentido da vida não está desvinculado do contexto em que se vive. Ele é incondicional e intransferível, permanecendo mesmo diante das circunstâncias mais extremas (Frankl, 2016b). Em outras palavras, o sentido não desaparece nem se dissolve em situações adversas; ao contrário, pode ser encontrado em situações concretas, dado que cada momento da vida é irrepetível e, portanto, único e carregado de significado (Frankl, 2016b).

De acordo com a Logoterapia, cada ser humano possui um sentido concreto para cada situação que a vida lhe apresenta, assim como uma vocação ou missão singular que não pode ser substituída. Muitas vezes, essa missão pode representar desafios e problemas significativos. Nestes momentos, a vida não pergunta ao indivíduo o motivo das adversidades enfrentadas; ao

contrário, a vida questiona o indivíduo, exigindo uma resposta. Considera que a responsabilidade de responder à vida é "a essência propriamente dita da existência humana" (Frankl, 2017, p.134).

Conforme Medeiros et al. (2020), o sentido da vida na obra de Viktor Frankl é definido como a percepção cognitiva e afetiva de valores, onde esses valores representam o que é mais importante e significativo para cada indivíduo. Frankl (2016a) sugere que o sentido da vida pode ser revelado de diversas maneiras, incluindo:

- Valores de Criação: A realização de um objetivo através da própria capacidade criativa.
- Valores de Experiência: As vivências que proporcionam alívio, esperança e sensações positivas por meio das recordações.
- Valores de Atitude: As atitudes tomadas perante os desafios da vida.

Mesmo em momentos de sofrimento, é possível encontrar um sentido que auxilia a suportar as dificuldades, reafirmando a frase de Nietzsche que "quem tem um porquê viver pode suportar quase qualquer como." (Frankl 2017, p. 101) Sendo assim a teoria da Logoterapia sugere que, em tempos de sofrimento, é crucial mudar a atitude em relação à vida. Em vez de esperar o que a vida pode oferecer, cada indivíduo deve refletir sobre o que pode oferecer à vida e ao mundo ao seu redor. Essa mudança de perspectiva pode ajudar as pessoas a encontrarem significado em suas experiências (Frankl, 2017).

Para o Campo da Análise existencial os valores estão no mundo e aguardam por sua realização. Para isso o homem, precisa transcender, direcionar-se para além de si mesmo na busca de encontrar sentido. Deste modo os valores e sentidos se abrem como possibilidade diante do ser humano, tornando-o portador dos valores existenciais (Aquino & Cruz, 2020).

Para Viktor Frankl (2016a) a busca de sentido se dá por meio da realização dos valores concretos, sendo que o sentido não pode ser criado e sim encontrado, por isso propõe a categoria de valores

Ao descrever sua teoria sobre as categorias dos valores, Frankl (2016a) ilustra seu pensamento sugerindo que se imagine uma pessoa, apaixonada por música, apreciando sua sinfonia predileta em um concerto, quando “sente aquela comoção que só se experimenta perante a beleza mais pura”, com toda certeza ali compreende que a pessoa se questionada sobre o sentido de sua vida, daria como resposta que por aquele momento valeria viver (Frankl 2016a, p. 113).

3.3.4 Sentido do Trabalho

Na Logoterapia, o sentido do trabalho é compreendido não apenas como uma atividade econômica, mas também como uma experiência que pode proporcionar sentido e propósito na vida das pessoas (Szcukiewicz, P., & Szcukiewicz, A. 2018). Frankl (2017), ao desenvolver sua teoria, identificou que o ser humano busca um sentido para sua existência, e o trabalho pode ser uma das formas mais concretas de se atingir essa realização. O trabalho oferece uma oportunidade de transcendência e autorrealização, permitindo que o indivíduo expresse sua singularidade e contribua para o bem comum (Frankl, 2017).

O trabalho não deve ser visto apenas como um meio de sustento, mas como uma dimensão essencial da vida humana, onde a pessoa pode encontrar um propósito que transcenda o material (Van Wingerden & Van der Stoep, 2018). Uma das formas mais eficazes de o ser humano atingir o sentido na vida é através da criação, e o trabalho é uma forma primordial de expressão criativa. Ao realizar uma tarefa com dedicação e compromisso, o indivíduo pode experimentar um sentimento de realização e significado (Frankl, 2016a).

O trabalho, na perspectiva da Logoterapia, também possibilita a experiência de valores criativos, que, segundo Frankl (2016a), são aqueles valores que o ser humano realiza ao transformar suas potencialidades em ações concretas. Isso implica que, ao trabalhar, o indivíduo não apenas produz resultados tangíveis, mas também constrói algo de valor intrínseco que reflete seu compromisso com um propósito maior. O trabalho se torna, então, uma expressão de sua essência e de sua contribuição para o mundo (Frankl, 2016a).

Na Logoterapia, o sentido é encontrado quando o ser humano assume responsabilidade pelo seu próprio destino e pelo encontro com o sentido (Frankl 2011). Frankl (2016a) sustenta que o trabalho é uma das principais esferas em que o ser humano pode exercer essa responsabilidade. Ele não se limita a uma atividade de rotina, mas pode ser uma oportunidade para o indivíduo superar suas próprias limitações, conectar-se com o propósito maior de sua existência e criar algo que transcenda sua própria vida.

Além disso, o trabalho tem um papel fundamental no conceito de autotranscendência, um princípio central na Logoterapia. Segundo Frankl (2017), o ser humano se realiza plenamente não quando se concentra em sua própria felicidade, mas quando se volta para algo ou alguém além de si mesmo. O trabalho, quando realizado com sentido, permite essa autotranscendência, pois o indivíduo se dedica a algo que tem valor e significado fora de si. Ao contribuir para o bem-estar de outros ou para uma causa significativa, o trabalhador encontra realização em servir a algo maior do que suas necessidades imediatas.

Frankl (2005) também alerta para o perigo do "vazio existencial", uma condição comum na sociedade moderna, em que o trabalho pode ser percebido apenas como uma obrigação mecânica e sem sentido (Frankl, 2011). O sentimento de alienação no ambiente de trabalho, a falta de propósito e o esgotamento emocional são manifestações do vazio existencial que decorrem de uma desconexão entre a atividade profissional e o sentido de vida do indivíduo. A Logoterapia oferece uma perspectiva para superar esse vazio, ajudando o indivíduo a buscar

o sentido na sua relação com o trabalho e encontrar uma nova forma de engajamento, baseada em valores e propósitos pessoais.

Em síntese, o trabalho, sob a perspectiva da Logoterapia, é uma dimensão fundamental da vida onde o indivíduo pode encontrar sentido e propósito. Ao realizar tarefas criativas e assumir a responsabilidade por suas ações, o ser humano transcende suas limitações e contribui para o bem-estar coletivo, ao mesmo tempo em que encontra realização pessoal. Dessa forma, o trabalho não é apenas uma atividade de sobrevivência, mas uma oportunidade para o indivíduo expressar sua singularidade e viver uma vida plena e significativa.

3.3.5 Sentido do Amor

Na Logoterapia, o amor ocupa um lugar central como um dos principais caminhos para encontrar sentido na vida. Viktor Frankl (2017) argumenta que, assim como o trabalho e o sofrimento, o amor é uma força essencial que permite ao ser humano transcender a si mesmo e se conectar a algo ou alguém além de sua própria existência. Ele define o amor como uma experiência que revela a essência única de outra pessoa e permite que o indivíduo se realize ao se dedicar plenamente a essa relação.

De acordo com Frankl (2017), o amor é o mais elevado e mais puro valor que o ser humano pode experimentar. Ele propõe que, através do amor, o indivíduo tem a capacidade de ver o outro em sua totalidade e singularidade, reconhecendo não apenas quem a pessoa é no momento, mas também o que ela pode vir a ser. Essa visão abrangente e potencializadora do outro é fundamental para a realização do sentido na vida, pois permite que o ser humano se envolva de maneira profunda e significativa com o mundo ao seu redor.

O amor, na perspectiva da Logoterapia, é mais do que uma emoção ou uma resposta biológica; é uma forma de transcender o próprio ego e se conectar com o valor intrínseco do

outro. Frankl (2016b) argumenta que o ser humano encontra sua maior realização ao se dedicar ao bem-estar, ao crescimento e à felicidade da pessoa amada. Nessa dedicação, o indivíduo não apenas descobre o valor do outro, mas também encontra um sentido profundo para sua própria existência.

Na Logoterapia, a autotranscendência é o princípio segundo o qual o ser humano só encontra sentido ao se voltar para algo ou alguém além de si mesmo (Frankl, 2017). O amor é uma das manifestações mais claras desse princípio, pois exige que o indivíduo se doe ao outro sem esperar retorno imediato. Ao se dedicar ao ser amado, o indivíduo transcende suas preocupações pessoais e encontra realização na doação e no serviço.

Para Frankl (1989), o amor é a experiência humana que mais claramente exemplifica a capacidade de transcendência. Ele sustenta que, através do amor, o ser humano pode superar o vazio existencial e o sentimento de alienação, pois o relacionamento amoroso genuíno envolve uma conexão autêntica com outro ser humano. Essa relação promove a compreensão mútua, o apoio emocional e a partilha de valores, proporcionando um sentido duradouro.

O amor também desempenha um papel importante na capacidade do ser humano de lidar com o sofrimento (Frankl, 2012). Baseado em sua experiência nos Campos de Concentração nazistas, observou que o pensamento no ser amado foi uma fonte de força e resiliência para muitos prisioneiros, inclusive para ele próprio. A lembrança de momentos de amor e a esperança de reencontrar aqueles que amavam ofereciam um sentido que ajudava os prisioneiros a suportarem as circunstâncias mais adversas (Frankl, 2017).

Para Frankl (2016b), o amor permite que o indivíduo veja além da dor presente, conectando-se com algo eterno e significativo. O amor, assim, não apenas dá sentido à vida nos momentos de felicidade, mas também ajuda a suportar e encontrar sentido nos momentos de sofrimento.

Desta forma, pode-se afirmar que o amor, na Logoterapia, é uma via para realização de sentido. Ao dedicar-se ao outro, o ser humano transcende sua existência individual e encontra um propósito mais elevado. O amor revela a essência do outro e permite que o indivíduo encontre sentido, mesmo nas circunstâncias mais difíceis. Dessa forma, o amor não é apenas uma fonte de felicidade, mas também uma força que sustenta o indivíduo em momentos de sofrimento.

3.3.6 Sentido do Sofrimento

A teoria da Logoterapia de Viktor Frankl destaca que é possível encontrar sentido na vida, mesmo no sofrimento. Suas experiências em Campos de Concentração nazistas moldaram sua perspectiva sobre a resiliência humana e a busca por propósito (Medeiros et al., 2020). Na Logoterapia é possível ver o sofrimento como um mecanismo potencial para autotranscendência e crescimento pessoal, semelhante ao conceito de "amor fati"³ de Nietzsche (Silva et al., 2023). A teoria postula que os humanos têm uma "vontade de significado" e podem encontrar propósito em circunstâncias desafiadoras, incluindo doença, culpa e morte (Moreira & Holanda, 2010).

Segundo Frankl (2017), o sofrimento é uma parte inevitável da existência, e o ser humano pode, através de sua liberdade de escolha, encontrar um sentido em meio às adversidades. Ele afirma que, enquanto a vida oferece desafios e dificuldades, a resposta do indivíduo a essas circunstâncias é o que confere valor e significado à sua experiência.

O sentido não é algo que se descobre de forma passiva, mas algo que o indivíduo encontra ao se engajar ativamente na vida, mesmo em face do sofrimento (Frankl, 2005). A

³ "Amor fati" implica uma acessibilidade radical da realidade, onde o indivíduo abraça todos os eventos, inclusive os dolorosos, como parte integrante do processo de viver e de se fortalecer. Para Nietzsche (2012), essa atitude é essencial para a criação de uma vida autêntica e plena de sentido.

adversidade, na perspectiva da Logoterapia, pode ser uma oportunidade para crescimento pessoal e realização, quando o indivíduo o enfrenta com uma atitude positiva e reflexiva.

Frankl (2012) propõe que o sofrimento tem a capacidade de transformar o ser humano. Ele acredita que a dor, o padecimento e até a morte podem ser encarados de maneira que desperte uma compreensão mais profunda sobre o sentido da vida. Ao invés de sucumbir ao desespero ou à apatia, o indivíduo pode buscar um propósito maior, seja ele relacionado ao amor, à criação, à espiritualidade ou ao serviço aos outros. O sentido encontrado no sofrimento, portanto, não minimiza a dor, mas proporciona ao indivíduo uma maneira de transcender a adversidade ao atribuir-lhe um valor positivo (Frankl, 2016b).

Frankl (2017) também argumenta que o sofrimento se torna insuportável apenas quando carece de sentido. Nesse contexto, a Logoterapia auxilia o paciente demonstrando que existe um sentido em qualquer ocasião ainda que nas circunstâncias mais severas (Frankl, 2005).

A Logoterapia é frequentemente aplicada em contextos em que o sofrimento é proeminente, como em doenças terminais, luto, depressão ou crises existenciais. Nesses casos, o terapeuta auxilia o paciente a encontrar um sentido para sua dor, transformando o sofrimento em uma experiência construtiva. Segundo Frankl (2016b), a dor pode ser vista como um catalisador para a realização de valores existenciais, como o amor e a coragem, permitindo ao indivíduo vivenciar sua existência de maneira mais plena e significativa.

Em resumo, a teoria da Logoterapia enfatiza que o sentido pode ser encontrado mesmo nas circunstâncias mais adversas. Ao compreender o sofrimento como uma oportunidade de crescimento e autotranscendência, o indivíduo é capaz de superar o desespero e encontrar um propósito para sua dor. A Logoterapia, assim, oferece não apenas uma teoria, mas uma aplicação prática e terapêutica para lidar com os dilemas existenciais que o sofrimento impõe.

3.4 Autotranscendência

Para Frankl (2010b), a autotranscendência é fundamental à existência humana. Ele argumenta que "ser homem significa, já de si, ser além de si mesmo" e que a essência da vida está em direcionar-se para algo ou alguém, seja uma obra, uma pessoa amada ou Deus (p. 45).

Sendo assim pode-se aludir, conforme o autor escreve que a autotranscedência se orienta para valores e sentidos que comunicam a autorrealização, e se pautam na sensação de atrelamento com algo maior que a si mesmo, desta forma pode-se exemplificar: a comunidade, a arte, a família, a cultura, a espiritualidade, entre outros. Assim, somente pela autotranscedência pode se encontrar propósito de vida, assim como de bem-estar emocional e social.

“O único caminho para a realização humana é a autotranscedência” (Frankl, 1978, p. 56), nela o homem se eleva sob a dimensão física, psicologia e social, denominada pelo autor como destino, ou seja, aquilo que não é possível modificar, penetrando assim no espaço realmente humano, a dimensão espiritual. (Frankl,2011),

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Investigar e descrever:

- A experiência da maternidade de crianças de desenvolvimento atípico

4.2 Objetivos Específicos

- Rastrear o risco a transtornos mentais de mães de crianças atípicas;
- Avaliar a qualidade de vida de mães de crianças atípicas;
- Identificar mães de crianças atípicas com baixo risco de transtorno mental e altos índices de qualidade de vida;
- Investigar estratégias de enfrentamento diante das adversidades impostas por uma maternidade atípica.
- Verificar os enfrentamentos para superação das adversidades relacionadas as demandas da maternidade de criança com desenvolvimento atípico

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de método misto, definido como uma abordagem que compõe quantitativa e qualitativa, obtendo desta forma uma compreensão maior do objeto de pesquisa, permitindo na discussão do problema tanto a necessidade de explorar quanto de explicar os dados (Creswell, 2010).

Ainda dentro do método misto, foi realizado um estudo transversal retrospectivo, isto é, um tipo de estudo observacional em que os dados são coletados em um momento específico, geralmente no presente, mas os eventos ou exposições ocorreram no passado. Isso significa que o pesquisador coleta dados sobre o resultado de interesse e a exposição retrospectivamente, ou seja, faz perguntas aos participantes sobre o passado (Creswell, 2010).

Comentado [661]: Explicar um pouco mais

O estudo se dá em duas etapas. A primeira foi quantitativa, por meio de rastreio da saúde mental de mães, de maneira que os dados apresentados nesta etapa conduziram a pesquisadora ao processo qualitativo. Foram realizados quatro estudos de casos, ou seja, investigou-se de forma aprofundada e detalhada um pequeno grupo de participantes, retirados da amostra quantitativa. Segundo Creswell (2010), o pesquisador geralmente coleta dados através de várias técnicas de coleta de dados, como entrevistas, observações, análise de documentos e registros, e análise de dados qualitativos.

A pesquisa abordou estudo de caso coletivo, com o propósito de estudar as características das mães com filhos com desenvolvimento considerado atípico, com o intuito de aprimorar o conhecimento acerca do grupo a que pertencem. O estudo se dá por meio de observação direta das atividades, entrevista com as mães que possuem filhos com atipias, captando suas informações e vivências em relação a suas experiências (Gil, 2022).

5.1 Participantes

Foram investigadas 153 mães de crianças atípicas. Que serão caracterizadas no primeiro item dos resultados 4.1 desta dissertação.

Critérios de inclusão /exclusão:

Comentado [662]: Faltou critérios de exclusão

- Ter filho(a) entre 05 e 12 anos com diagnóstico de desenvolvimento atípico. Esta fase do ciclo vital foi selecionada considerando que, de acordo com a literatura, é durante esse período que a probabilidade de diagnóstico é maior. Embora os primeiros sintomas de desenvolvimento atípico possam ser percebidos nos primeiros anos de vida, a avaliação e o encontro de profissionais capacitados geralmente culminam no diagnóstico durante a idade escolar (Guimarães et al., 2019).
- Os filhos terem de diagnóstico de Autismo (suporte 1, 2 ou 3) TDAH e Altas habilidades

5.2 Local: Redes Sociais – Instagram e Facebook, WhatsApp, Telegram

Os participantes foram convidados a colaborar com o estudo através das redes sociais, como Instagram, Facebook, WhatsApp e e-mail. Todas as etapas ocorreram em ambiente virtual, inclusive as entrevistas, que foram realizadas na plataforma Google Meet. De acordo com Deslandes (2018), nas redes e mídias sociais, observava-se tanto o fortalecimento dos movimentos sociais já propostos quanto a ampliação do alcance e da interação entre diversos interlocutores em redes que se articulavam em torno de pautas sinérgicas. Além disso, novos

movimentos, anteriormente silenciados ou invisibilizados, emergiam, contribuindo para fortalecer as pautas locais e promovendo uma expressão de cosmopolitismo multicultural.

5.3 Instrumentos

Abaixo serão descritos os instrumentos que serão utilizados neste estudo. Os dois primeiros estão disponíveis, anexados a este projeto. O Self Report Questionnaire (SRQ) – Questionário de Auto Relato não está anexado por ser restrito a profissionais de saúde, entretanto, estará detalhado a seguir.

a) Questionário Sociodemográfico e de saúde geral (APENDICE I)

Este questionário, que foi desenvolvido pelas pesquisadoras, é dirigido às mães com filhos com desenvolvimento atípicos. Possui 13 questões objetivas relacionadas aos dados pessoais e 18 questões, também objetivas, relacionadas a maternidade tais como: autocuidado e cuidados com os filhos. O instrumento possui um total de 31 questões.

b) Self Report Questionnaire (SRQ) – Questionário de Autorrelato

O SRQ é um questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos, especificamente, na atenção primária. Sua versão original foi desenvolvida por Harding e Thomas (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). O instrumento é composto por 20 questões elaboradas para investigar distúrbios chamados de transtornos mentais comuns (TMC). Para atingir o resultado que indica a presença de TMC, o participante deve atingir 7 pontos ou mais. Possui 20 questões e as respostas são “sim” ou “não”.

c) Whoqol-Bref

O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do questionário de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL). É um instrumento autorreferido que

avalia a qualidade de vida dos indivíduos nos domínios físico, psicológico, social e ambiental.

O WHOQOL-bref é composto por 26 itens, incluindo dois itens que medem a qualidade de vida geral e a saúde geral e 24 itens que avaliam os quatro domínios mencionados acima. Cada item é avaliado em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (muito insatisfeito/muito ruim) a 5 (muito satisfeito/muito bom). As pontuações para cada domínio são calculadas somando as pontuações dos itens individuais naquele domínio e transformando as pontuações brutas em uma escala de 0 a 100.

O WHOQOL-BREF foi traduzido para vários idiomas e usado em vários países do mundo. Tem se mostrado um instrumento confiável e válido para medir a qualidade de vida em diferentes culturas e populações.

d) Entrevista Psicológica Semidirigida (APENDICE II)

A entrevista semidirigida foi desenvolvida pela pesquisadora, contém 10 perguntas semi-abertas. Este tipo de entrevista em que o entrevistador organiza perguntas sobre a temática estudada, contudo permite certa flexibilidade na forma em que se realiza as perguntas e nas respostas que se obtém. Em uma entrevista semidirigida, o entrevistado tem a liberdade de responder de maneira mais extensa e detalhada, e pode compartilhar informações adicionais que o entrevistador não havia considerado inicialmente. (Sampieri et al., 2013).

A entrevista semidirigida é útil em situações em que se busca obter informações detalhadas e ricas em questões sobre um tema específico. Esse método permite que o entrevistador guie a conversa e tenha certeza de que aborda os temas importantes, enquanto também dá ao entrevistado a liberdade de se expressar de maneira mais livre e espontânea (Breakwell et al, 2010).

5.4 Procedimento de coleta de dados

Após o aceite do comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo, o convite às participantes (APÊNDICE III) foi divulgado por meio eletrônico, para uma amostra elaborada, valendo-se dos grupos de mães atípicas nos quais a pesquisadora já estava inserida nas redes sociais (Facebook e Instagram). Utilizou-se o modelo de coleta Snowball Sampling , no qual os pesquisados iniciais indicavam novos participantes, e estes, sucessivamente, indicavam outras mães. Essa amostra foi coletada por meio de grupos de WhatsApp de mães de crianças com desenvolvimento atípico. A amostra em bola de neve, ou bola de neve , era uma técnica de amostragem que utilizava redes de referência, tornando-se direcionada para pesquisas com grupos de difícil acesso ou até mesmo quando se tratava de temas mais privados (Parker et al., 2019) . Essa amostra foi reunida aleatoriamente e acessada por outras redes sociais.

Ao receber o convite, cada mãe teve acesso a um link que a conduzia para a primeira página da pesquisa, que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE IV). Caso o participante não concorde com os termos, fará a opção de “não concordar” ao final do TCLE. Ao clicar em “concordo”, era encaminhada para uma nova página no Google Forms, na qual tinha acesso a três instrumentos: Questionário Sociodemográfico, SRQ e WHOQOL-BREF. O tempo previsto para a preenchimento dos instrumentos era de 35 minutos. Ao final dos instrumentos, havia uma pergunta sobre o interesse em participar da segunda etapa deste estudo, ou seja, uma etapa qualitativa.

Entre as mães que aceitaram participar da entrevista, foram selecionados quatro participantes: dois cujo resultado indicava baixo risco de transtorno mental e altos índices de

qualidade de vida, e dois cujo resultado indicava alto risco de transtorno mental e baixos índices de qualidade de vida. Com esses participantes, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para aprofundar e aprofundar as experiências da maternidade de crianças com desenvolvimento atípico e os enfrentamentos para superar as adversidades relacionadas às demandas da maternidade de filhos atípicos.

5.5 Procedimento para análise dos dados

Após a coleta dos dados pelos participantes da pesquisa, as informações foram exportadas para o programa Excel. Primeiramente, foram excluídos da amostra participantes que não tinham preenchido todos os instrumentos e aqueles que não preenchiam os critérios para inclusão na amostra. Em um primeiro momento, foram realizadas análises quantitativas, tanto descritivas quanto inferenciais. As análises estatísticas foram realizadas nos três instrumentos dos Grupos (Questionário Sociodemográfico, SRQ e WHOQOL-BR). O questionário sociodemográfico ofereceu informações para caracterizar este grupo de participantes. Os resultados foram descritos utilizando médias e desvios padrão para as características contínuas (Escores das ferramentas) e através de frequências e percentuais para as medidas atributo (Faixa etária, Escolaridade etc.).

Para avaliar se houve diferença entre os grupos, foram utilizados para as medidas atributo nominais o teste Exato de Fisher para a comparação entre os percentuais e para as medidas atributo ordinais (renda, por exemplo) e escores o teste não-paramétrico de Wilcoxon. Considerou-se o nível de significância de 0,05 o qual equivalia a uma confiança de 95% para a análise. Foi utilizado o software JMP® Pro versão 13 - SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 1989-2019.

As análises inferenciais levaram a pesquisadora às quatro participantes com baixo risco

para transtorno mental e altos índices nos domínios relativos à qualidade de vida.

As análises qualitativas referem-se às entrevistas. Cada uma foi transcrita na íntegra e foi realizada uma análise de conteúdo (Bardin, 2011). Minayo (2001) destacou que a análise de conteúdo buscava superar o senso comum e o subjetivismo na interpretação, promovendo uma crítica vigilante em relação à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observações. Essa metodologia permitiu uma compreensão profunda do pensamento do sujeito através do conteúdo presente no texto, refletindo uma concepção clara de linguagem.

Na análise de conteúdo, o texto serviu como uma meio de expressão do sujeito, onde o analista se comprometeu em categorizar as unidades de texto (como palavras ou frases) que se repetiam, deduzindo uma expressão representativa dessas unidades (Caregnato & Mutti, 2006). Bardin (2011) descreveu a análise de conteúdo como um método empírico que variava conforme o tipo de "fala" comprovado e o objetivo de interpretação objetiva. Segundo o autor, a análise de conteúdo compreendia um conjunto de técnicas que buscava, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, descrever o conteúdo das mensagens e obter indicadores (quantitativos ou qualitativos) que permitissem inferir conhecimentos sobre as condições de produção e recepção dessas mensagens.

Em consonância com a metodologia realizou-se uma leitura flutuante das entrevistas, o que significou fazer uma leitura preliminar para se familiarizar com o conteúdo e identificar temas recorrentes. Em seguida, selecionou-se as partes mais relevantes das entrevistas para uma análise aprofundada. Na etapa de exploração do material, realizou-se a codificação, onde o texto foi dividido em unidades de significado (palavras, frases, parágrafos) e foram atribuídos códigos a esses segmentos. Exemplos de códigos incluíram "desafios no diagnóstico", "desafios do cotidiano", "saúde mental", "trabalho e renda", "rede de apoio" entre outros. Após a codificação, seguiu-se a categorização, na qual os códigos foram agrupados em categorias

que representaram os temas principais, como "Processo de Diagnóstico", "Desafios Diários", "Recursos e Suporte", "Impacto na Saúde Mental", "Estigma Social" e "Autocuidado". Na fase de tratamento dos resultados e interpretação, realizou-se a inferência, analisando as categorias para identificar padrões, tendências e relações entre os temas. Finalmente, a interpretação dos resultados foi feita à luz dos objetivos e hipóteses da pesquisa, conectando as descobertas com a literatura existente sobre maternidade atípica e os transtornos neurodivergentes, bem como a utilização do referencial teórico da Logoterapia e Análise Existencial Frankliana.

6 RESULTADOS (Pesquisa Quantitativa)

O objetivo do estudo foi avaliar características sobre Maternidade Atípica e para tal foi acompanhado um total de 153 mães. Para a análise foram avaliadas características sociodemográficas, questionário saúde geral e as ferramentas SRQ-20 e WHOQoL. Os resultados foram descritos utilizando médias e desvios padrão para as características contínuas (Escores das ferramentas) e através de frequências e percentuais para as medidas atributo (Faixa etária, Escolaridade etc.).

Para avaliar se houve diferença entre os grupos foram utilizados para as medidas atributo nominais o teste Exato de Fisher para a comparação entre os percentuais e para as medidas atributo ordinais (renda, por exemplo) e escores o teste não-paramétrico de Wilcoxon. Considerou-se o nível de significância de 0,05 o qual equivalia a uma confiança de 95% para a análise. Foi utilizado o software JMP® Pro versão 13 - SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 1989-2019.

Inicialmente, descreveu-se a amostra em estudo e suas características nas questões gerais. Apresentou-se as frequências e percentuais das características atributo e Médias e Desvios padrão e demais medidas resumo para os escores.

Avaliou-se o resultado das dimensões do WHOQoL em conjunto com as características demográficas e o questionário de saúde geral. As medidas resumo foram apresentadas de forma segregada para cada grupo, acompanhadas por gráficos que exibem as médias e desvios padrão. A fim de determinar se existia diferença estatisticamente significativa entre os grupos, foi utilizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon. Os resultados desses testes foram interpretados com base no valor de p, onde se concluiu a existência de diferença significativa quando o valor de p era inferior a 0,05.

Avaliou-se os resultados das dimensões do WHOQoL em relação às classificações do SRQ-20. Apresenta-se na Tabela 19 e Gráfico 6 e Gráfico 7 as medidas resumo para as dimensões do WHOQoL. Para investigar se houve diferença significativa entre os grupos, empregou-se o teste não-paramétrico de Wilcoxon. Os resultados do teste foram apresentados através do valor de p, a partir do qual se pode concluir sobre a presença de diferenças estatisticamente significativas.

6.1 Caracterização da Amostra

Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos ao longo da pesquisa, acompanhados de caracterizações e análises detalhadas. Os resultados são apresentados de forma a evidenciar as experiências das mães com crianças de desenvolvimento atípico que participaram da pesquisa.

Tabela 1

Frequências e Percentuais para as Características do Demográfico

Característica	Nível	N	%
Faixa etária	20 a 29 anos	12	7,9%
	30 a 39 anos	78	51,7%
	40 a 49 anos	52	34,4%
	50 a 59 anos	9	6,0%
Estado Civil	Casado / Mora junto	121	79,1%
	Solteiro / Divorciado	32	20,9%
Escolaridade	EF	5	3,3%
	EM	38	24,8%
	ES	103	67,3%
	Pós	7	4,6%
Renda Pessoal	Sem renda	31	20,3%
	Até 1 SM	49	32,0%
	2 a 5 SM	48	31,4%
	Mais de 6 SM	25	16,3%
Renda Familiar	Até 1 SM	37	24,2%
	2 a 3 SM	34	22,2%
	4 a 7 SM	39	25,5%

Mais de 8 SM	43	28,1%
--------------	----	-------

Nota. Fonte: Viana (2024)

Os resultados das medidas demográficas foram apresentados na Tabela 1. Ao analisá-los, observou-se que mais da metade dos participantes tinha entre 30 e 39 anos, havendo uma menor incidência nas faixas de 20 a 29 anos e de 50 a 59 anos. A idade média foi de 38,7 anos, com um desvio padrão de 6,3 anos e uma variação de 26 a 59 anos. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes era casada ou vivia em união estável, totalizando 79,1%. Em relação à escolaridade, constatou-se que a maioria possuía ensino superior (67,3%), seguido pelo ensino médio, com 24,8%. Quanto à renda pessoal e familiar, observou-se uma distribuição equilibrada nas diferentes faixas de renda.

6.2 Resultados do Questionário de Saúde Geral

Tabela 1

Frequências e Percentuais para as Características do Questionário Saúde Geral

Característica	Nível	N	%
Rede de suporte	Não, nunca	14	9,2%
	Raramente	31	20,3%
	Às vezes	51	33,3%
	Maioria das vezes	43	28,1%
	Sempre	14	9,2%
Grupos de apoio	Sim	101	66,0%
	Não	52	34,0%
Auxílio financeiro	Sim	29	19,0%
	Não	124	81,0%
Buscou apoio	Sim	94	61,4%
	Não	59	38,6%
Apoio profissional	Fonoaudiólogo	5	3,3%

	Médico especialista	44	28,8%
	Psicólogo	53	34,6%
	Terapeuta ocupacional	8	5,2%
	Outros profissionais	12	7,8%
	Não	31	20,3%
Frequenta escola	Escola especial	8	5,2%
	Escola regular	142	92,8%
	Outro	1	0,7%
	Não	2	1,3%
Dificuldades	Sim	139	90,9%
	Não	14	9,2%
Suporte terapêutico	Terapia ocupacional	31	20,3%
	Terapia comportamental	24	15,7%
	Terapia psicológica	41	26,8%
	Terapia da fala	9	5,9%
	Terapia familiar	3	2,0%
	Outro	17	11,1%
	Não	28	18,3%
Suporte adequado	Sim	41	26,8%
	Parcialmente	83	54,2%
	Não	29	19,0%

Nota. Fonte: Viana (2024)

Apresenta-se na Tabela 2 os resultados das questões do Questionário específico. Ao analisá-los, observa-se que apenas cerca de 29,5% das participantes relataram ter apoio raramente ou nunca. Em relação aos grupos de apoio, aproximadamente 66,0% das participantes afirmaram frequentá-los. Quanto ao auxílio financeiro, apenas cerca de 19,0% recebem algum tipo de ajuda nesse aspecto. A prevalência de busca por apoio foi de aproximadamente 61,4%.

Em relação ao apoio profissional, constatou-se que as maiores prevalências foram para Psicólogo (cerca de 34,6%) e Médico especialista (aproximadamente 28,8%), enquanto aproximadamente 20,3% das participantes não buscaram nenhum tipo de apoio profissional.

No que diz respeito à frequência escolar, a grande maioria das participantes (cerca de 92,8%) frequenta a escola regularmente. Cerca de 90,9% das participantes relataram apresentar dificuldades.

Quanto ao suporte terapêutico, observou-se que as maiores prevalências foram para Terapia psicológica (aproximadamente 26,8%) e Terapia ocupacional (cerca de 20,3%), enquanto aproximadamente 18,3% das participantes não têm nenhum tipo de apoio terapêutico.

Por fim, em relação ao suporte adequado, aproximadamente 26,8% das participantes afirmaram ter suporte adequado, 54,2% relataram ter suporte parcialmente adequado e apenas 19,0% não têm nenhum tipo de suporte adequado.

6.3 Resultados do SRQ

Os resultados gerais do SRQ-20 foram examinados de duas maneiras: por meio do escore obtido e da classificação (≤ 6 , ≥ 7). Na Tabela 3 e no Gráfico 1, apresentamos os percentuais relativos à classificação do SRQ-20. Na Tabela 4, são apresentadas as medidas resumo dos escores, enquanto no Gráfico 1.2, são exibidos um histograma⁴ e um boxplot⁵ para os escores.

⁴ Um histograma apresenta distribuição da frequência de observações ao longo da variável em estudo. Através dele podemos verificar a dispersão dos dados, bem como as faixas com maior concentração de amostras.

⁵ Um boxplot é construído a partir da distribuição dos valores e com ele podemos ter ideia de como os dados se distribuem. Para construí-lo dividimos os valores em quatro grupos (quartis) com o mesmo número de amostras e utilizamos estes valores no gráfico. O segundo quartil é igual à mediana, ou seja, é o valor que divide os dados em dois grupos com a mesma quantidade de valores.

A caixa desenhada inicia-se no 1º quartil e termina no 3º e contém 50% dos dados mais centrais. O risco no meio da caixa é a mediana. Pontos marcados com círculo ou asterisco são valores que podem ser considerados como sendo extremos.

Ao analisar os resultados, observamos que:

- Classificação: Cerca de 83,7% das participantes obtiveram resultados ≥ 7 , enquanto 16,3% apresentaram resultados ≤ 6 .
- Escores: A média dos escores foi de 11,8 pontos, com um desvio padrão de 5,0. Os escores variaram de 0 a 20 pontos, sendo que a maior concentração ocorreu na faixa entre 10 e 17 pontos.

Tabela 2

Frequências e Percentuais para Classificação do SRQ-20

Nível	N	%
≤ 6	25	16,3%
≥ 7	128	83,7%

Nota. Fonte: Viana (2024)

Tabela 3

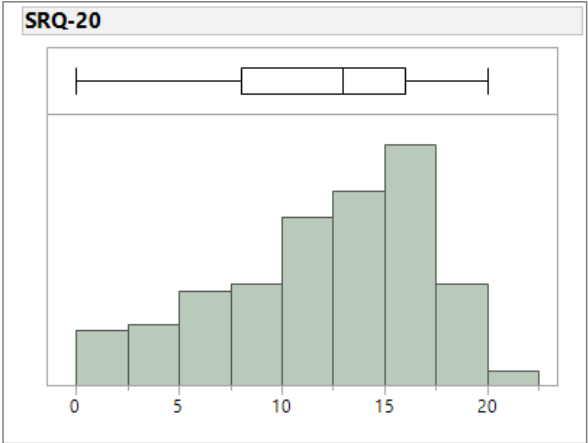
Medidas Resumo para Escores do SRQ-20

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
SRQ-20	11,8	5,0	0	8	13	16	20

Nota. Fonte: Viana (2024)

Gráfico 2

Histograma e Boxplot para os Escores do SRQ-20



Nota. Fonte: Viana (2024)

6.4 Resultados do Whoqol-Bref

Tabela 4

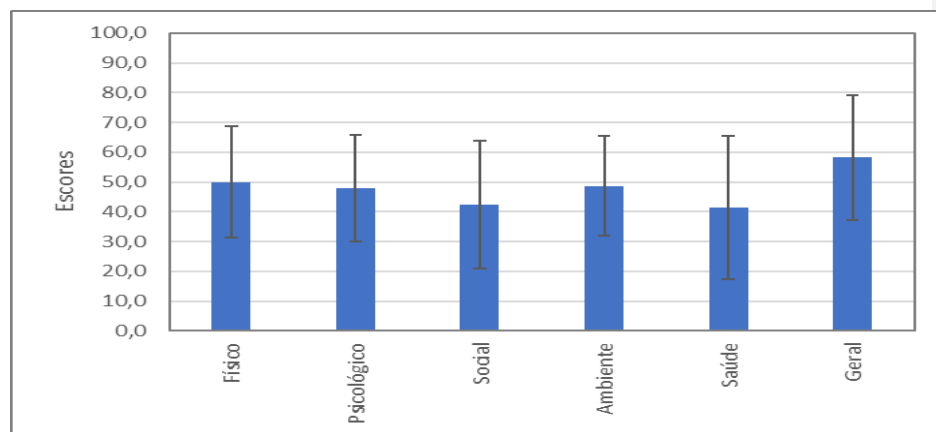
Medidas Resumo para Escores do WHOQoL

Dimensão	Desvio		Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
	Média	Padrão					
Físico	49,9	18,7	7,1	35,7	46,4	64,3	96,4
Psicológico	47,8	17,9	0,0	33,3	50,0	58,3	91,7
Social	42,4	21,3	0,0	25,0	41,7	58,3	91,7
Ambiente	48,7	16,7	0,0	37,5	50,0	59,4	93,8
Saúde	41,3	24,0	0,0	25,0	50,0	50,0	100,0
Geral	58,2	20,8	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0

Nota. Fonte: Viana (2024)

Gráfico 3

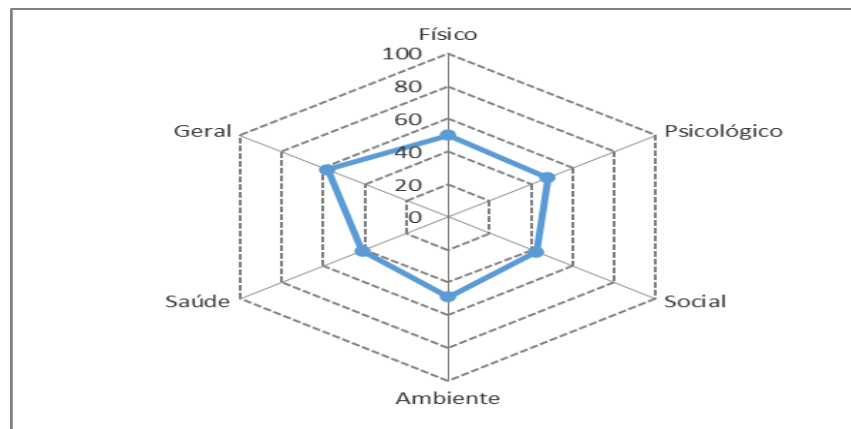
Médias $\pm$ Desvio Padrão para os Escores das Dimensões do WHOQoL



Nota. Fonte: Viana (2024)

Gráfico 4

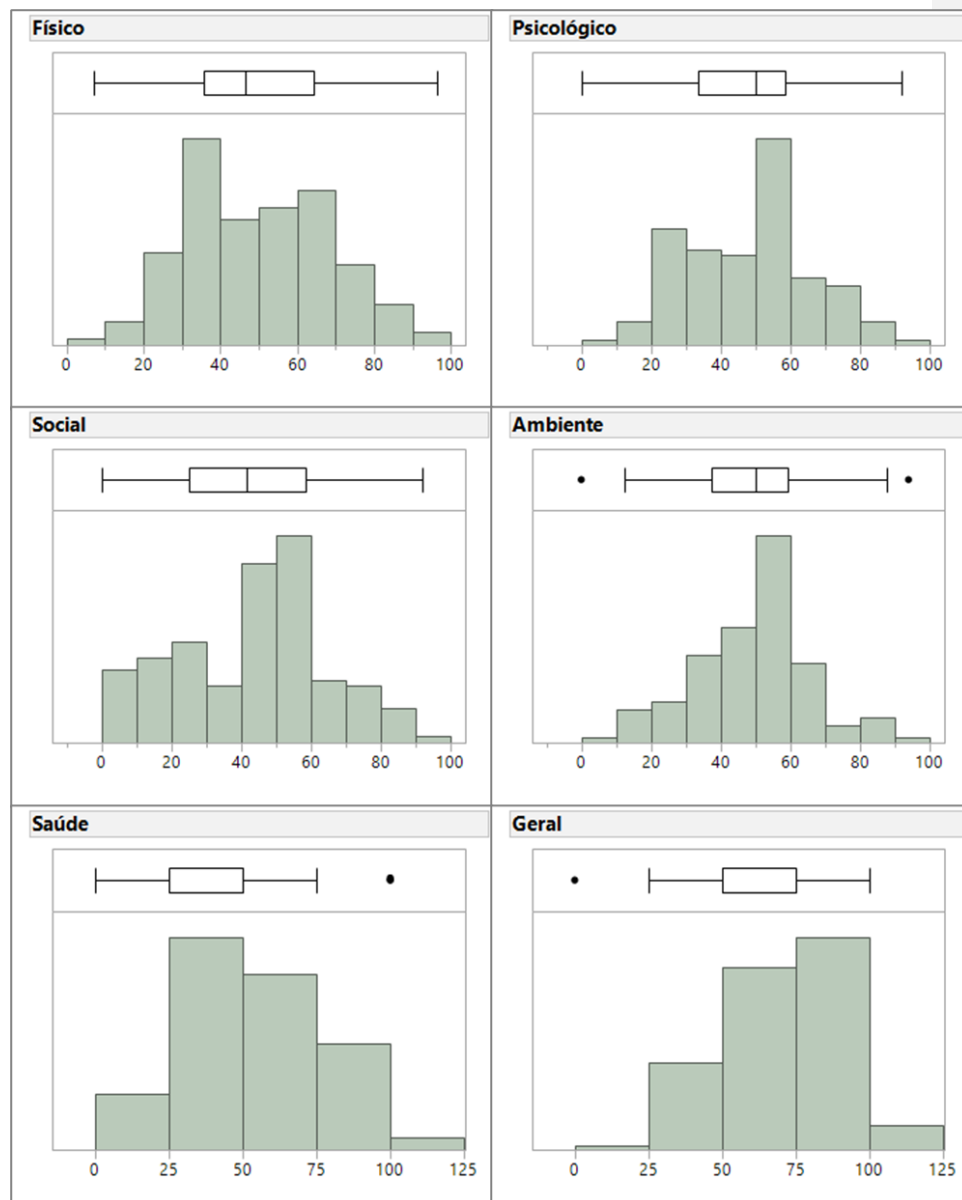
Médias para os Escores das Dimensões do WHOQoL



Nota. Fonte: Viana (2024)

Gráfico 5

Histograma e Boxplot para os Escores das Dimensões do WHOQoL



Nota. Fonte: Viana (2024)

Os resultados gerais das dimensões do WHOQoL, avaliados por meio dos escores obtidos, foram analisados neste estudo. Na Tabela 5, são apresentadas as medidas resumo desses escores, enquanto nos Gráficos 3 e 4 são exibidas as médias e desvios padrão. Adicionalmente, no Gráfico 5, são apresentados um histograma e um boxplot para os escores. Ao interpretar os resultados, observou-se o seguinte: Na dimensão Física, a média dos escores foi de 49,9 pontos, com um desvio padrão de 18,7, variando de 7,1 a 96,4. A maior concentração de pontuações foi observada na faixa entre 30 e 70 pontos. Na dimensão Psicológica, a média dos escores foi de 47,8 pontos, com um desvio padrão de 17,9, variando de 0,0 a 91,7. Novamente, a maior concentração de pontuações foi encontrada na faixa entre 20 e 60 pontos. Na dimensão Social, a média dos escores foi de 42,4 pontos, com um desvio padrão de 21,3, variando de 0,0 a 91,7. Observou-se uma maior concentração de pontuações na faixa entre 40 e 60 pontos. Na dimensão do Ambiente, a média dos escores foi de 48,7 pontos, com um desvio padrão de 16,7, variando de 0,0 a 93,8. Mais uma vez, a maior concentração de pontuações foi encontrada na faixa entre 30 e 70 pontos. Na dimensão da Saúde, a média dos escores foi de 41,3 pontos, com um desvio padrão de 24,0, variando de 0,0 a 100,0. Houve uma maior concentração de pontuações na faixa entre 25 e 75 pontos. Finalmente, na dimensão Geral, a média dos escores foi de 58,2 pontos, com um desvio padrão de 20,8, variando de 0,0 a 100,0. Novamente, a maior concentração de pontuações foi observada na faixa entre 50 e 75 pontos.

6.5 Relação entre SRQ e Dados Sociodemográficos

Tabela 6

Frequências e Percentuais para SRQ-20 por Sociodemográfico

Característica	Nível	SRQ-20		p-value
		≤6	≥7	
Faixa etária	20 a 29 anos	2 (8,0%)	10 (7,9%)	0,4440
	30 a 39 anos	11 (44,0%)	67 (53,2%)	
	40 a 49 anos	10 (40,0%)	42 (33,3%)	
	50 a 59 anos	2 (8,0%)	7 (5,6%)	
Estado Civil	Casado / Mora junto	21 (84,0%)	100 (78,1%)	0,6011
	Solteiro / Divorciado	4 (16,0%)	28 (21,9%)	
Escolaridade	EF	1 (4,0%)	4 (3,1%)	0,4329
	EM	4 (16,0%)	34 (26,6%)	
	ES	19 (76,0%)	84 (65,6%)	
	Pós	1 (4,0%)	6 (4,7%)	
Renda Pessoal	Sem renda	5 (20,0%)	26 (20,3%)	0,2821
	Até 1 SM	6 (24,0%)	43 (33,6%)	
	2 a 5 SM	7 (28,0%)	41 (32,0%)	
	Mais de 6 SM	7 (28,0%)	18 (14,1%)	
Renda Familiar	Até 1 SM	3 (12,0%)	34 (26,6%)	0,1475
	2 a 3 SM	6 (24,0%)	28 (21,9%)	
	4 a 7 SM	7 (28,0%)	32 (25,0%)	
	Mais de 8 SM	9 (36,0%)	34 (26,6%)	
Rede de suporte	Não, nunca	1 (4,0%)	13 (10,2%)	0,1243
	Raramente	4 (16,0%)	27 (21,1%)	
	Às vezes	8 (32,0%)	43 (33,6%)	
	Maioria das vezes	8 (32,0%)	35 (27,3%)	
	Sempre	4 (16,0%)	10 (7,8%)	
Grupos de apoio	Sim	17 (68,0%)	84 (65,6%)	1,0000
	Não	8 (32,0%)	44 (34,4%)	
Auxílio financeiro	Sim	4 (16,0%)	25 (19,5%)	0,7872
	Não	21 (84,0%)	103 (80,5%)	
Buscou apoio	Sim	14 (56,0%)	80 (62,5%)	0,6540
	Não	11 (44,0%)	48 (37,5%)	
Apoio profissional	Fonoaudiólogo	0 (0,0%)	5 (3,9%)	0,8540
	Médico especialista	9 (36,0%)	35 (27,3%)	
	Psicólogo	8 (32,0%)	45 (35,2%)	
	Terapeuta ocupacional	2 (8,0%)	6 (4,7%)	
	Outros profissionais	2 (8,0%)	10 (7,8%)	
	Não	4 (16,0%)	27 (21,1%)	
Frequenta escola	Escola especial	3 (12,0%)	5 (3,9%)	0,4030
	Escola regular	22 (88,0%)	120 (93,8%)	
	Outro	0 (0,0%)	1 (0,8%)	
	Não	0 (0,0%)	2 (1,6%)	

Dificuldades	Sim	21 (84,0%)	118 (92,2%)	0,2476
	Não	4 (16,0%)	10 (7,8%)	
Suporte terapêutico	Terapia ocupacional	4 (16,0%)	27 (21,1%)	0,1704
	Terapia comportamental	4 (16,0%)	20 (15,6%)	
	Terapia psicológica	5 (20,0%)	36 (28,1%)	
	Terapia da fala	3 (12,0%)	6 (4,7%)	
	Terapia familiar	2 (8,0%)	1 (0,8%)	
	Outro	4 (16,0%)	13 (10,2%)	
	Não	3 (12,0%)	25 (19,5%)	
Suporte adequado	Sim	9 (36,0%)	32 (25,0%)	0,1894
	Parcialmente	13 (52,0%)	70 (54,7%)	
	Não	3 (12,0%)	26 (20,3%)	

Nota. Fonte: Viana (2024)

Examinou-se o resultado da Classificação do SRQ-20 em conjunto com as características demográficas e o questionário de saúde geral.

Os resultados das medidas estão apresentados na Tabela 6. Para determinar se houve diferença significativa entre os grupos, empregamos um teste Exato de Fisher para a comparação entre os percentuais nas características atributo nominal e o teste não-paramétrico de Wilcoxon para as medidas atributo ordinais. Os resultados dos testes são expressos pelo valor de p, no qual concluímos que existe diferença significativa quando p é menor que 0,05. Observando os resultados, podemos constatar que nenhuma das características demonstrou ser significativa em relação ao SRQ-20 (valores de $p > 0,05$).

6.6 Relações entre WHOQoL e Dados Sociodemográficos

6.6.1 Dimensão Físico

Tabela 7

Medidas Resumo para WHOQoL - Físico

		Físico							p-value
Característica	Nível	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	
Faixa etária	20 a 29 anos	43,5	18,3	14,3	35,7	42,9	59,8	71,4	0,2832
	30 a 39 anos	52,4	18,4	7,1	39,3	53,6	67,9	96,4	
	40 a 49 anos	49,7	18,9	10,7	35,7	46,4	63,4	96,4	
	50 a 59 anos	44,8	17,9	28,6	32,1	39,3	53,6	85,7	
Estado Civil	Casado / Mora junto	50,8	19,1	7,1	35,7	50,0	66,1	96,4	0,2082
	Solteiro / Divorciado	46,5	17,2	21,4	32,1	42,9	57,1	82,1	
Escolaridade	EF	57,1	21,6	28,6	35,7	60,7	76,8	82,1	0,6279
	EM	47,5	19,7	10,7	35,7	46,4	61,6	96,4	
	ES	50,2	18,3	7,1	35,7	46,4	64,3	96,4	
	Pós	54,1	19,1	28,6	32,1	57,1	67,9	78,6	
Renda Pessoal	Sem renda	44,7	17,5	10,7	32,1	42,9	57,1	82,1	0,0988
	Até 1 SM	47,4	19,9	7,1	32,1	46,4	64,3	96,4	
	2 a 5 SM	52,3	16,1	17,9	39,3	50,0	64,3	96,4	
	Mais de 6 SM	56,7	20,6	28,6	35,7	57,1	75,0	89,3	
Renda Familiar	Até 1 SM	46,6	18,4	14,3	32,1	46,4	58,9	96,4	0,3216
	2 a 3 SM	49,5	20,2	7,1	35,7	48,2	64,3	96,4	
	4 a 7 SM	48,4	16,0	14,3	35,7	46,4	57,1	78,6	
	Mais de 8 SM	54,6	19,7	17,9	35,7	60,7	67,9	89,3	
Rede de	Não, nunca	43,9	13,4	25,0	32,1	44,6	54,5	64,3	0,0077

suporte	Raramente	43,2	18,8	7,1	32,1	39,3	57,1	85,7	
	Às vezes	49,0	17,4	10,7	39,3	46,4	60,7	96,4	
	Maioria das vezes	53,5	20,0	14,3	35,7	53,6	67,9	96,4	
	Sempre	63,3	16,1	32,1	52,7	64,3	75,9	89,3	
Grupos de apoio	Sim	50,5	18,6	7,1	35,7	50,0	64,3	96,4	0,4541
	Não	48,8	19,1	21,4	33,0	44,6	64,3	96,4	
Auxílio financeiro	Sim	49,0	19,5	21,4	33,9	42,9	66,1	96,4	0,5662
	Não	50,1	18,6	7,1	35,7	48,2	64,3	96,4	
Buscou apoio	Sim	48,0	18,3	7,1	35,7	42,9	64,3	96,4	0,0943
	Não	53,0	19,1	14,3	39,3	53,6	67,9	96,4	
Apoio profissional	Fonoaudiólogo	43,6	15,4	21,4	30,4	46,4	55,4	64,3	0,6089
	Médico especialista	54,3	17,3	21,4	39,3	57,1	67,9	96,4	
	Psicólogo	48,7	18,7	10,7	35,7	42,9	64,3	96,4	
	Terapeuta ocupacional	46,0	29,0	7,1	17,9	44,6	76,8	78,6	
	Outros profissionais	48,8	21,4	21,4	31,3	44,6	67,0	89,3	
	Não	48,3	17,2	14,3	35,7	46,4	60,7	82,1	
Frequenta escola	Escola especial	49,1	24,0	10,7	26,8	51,8	67,0	82,1	0,9945
	Escola regular	50,0	18,7	7,1	35,7	46,4	64,3	96,4	
	Outro	50,0		50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	
	Não	46,4	10,1	39,3	39,3	46,4	53,6	53,6	
Dificuldades	Sim	49,3	18,3	7,1	35,7	46,4	64,3	96,4	0,2812
	Não	55,9	22,0	17,9	39,3	51,8	75,9	96,4	
Suporte terapêutico	T. ocupacional	49,2	20,5	7,1	35,7	46,4	64,3	96,4	0,4009
	T. comportamental	47,0	17,8	21,4	32,1	39,3	60,7	85,7	
	T. psicológica	51,1	19,4	14,3	39,3	50,0	67,9	96,4	
	T. da fala	48,4	14,5	32,1	33,9	46,4	62,5	71,4	
	T. familiar	73,8	14,4	60,7	60,7	71,4	89,3	89,3	

	Outro	47,3	21,8	10,7	33,9	39,3	67,9	85,7	
	Não	51,0	15,2	21,4	42,9	48,2	63,4	82,1	
Suporte	Sim	53,7	20,7	7,1	39,3	57,1	67,9	96,4	0,0719
adequado	Parcialmente	50,2	18,0	14,3	35,7	46,4	64,3	89,3	
	Não	44,0	16,8	21,4	32,1	42,9	53,6	82,1	

Nota. Fonte: Viana (2024)

Tabela 8

Comparações Múltiplas para WHOQoL - Físico

Característica	Nível 1	Nível 2	p-value
Rede de suporte	Sempre	Não, nunca	0,0303
	Sempre	Raramente	0,0169
	Sempre	Às vezes	0,0621
	Sempre	Maioria das vezes	0,5104
	Maioria das vezes	Não, nunca	0,4454
	Maioria das vezes	Raramente	0,2307
	Maioria das vezes	Às vezes	0,8621
	Às vezes	Não, nunca	0,8587
	Às vezes	Raramente	0,5495
	Raramente	Não, nunca	0,9986

Nota. Fonte: Dados da pesquisa (2024)

Os resultados das medidas foram apresentados na Tabela 7, aceitando avaliar diversos aspectos. Observou-se uma diferença significativa apenas para a variável "Rede de suporte", enquanto todas as outras não apresentaram significância estatística (valores de $p > 0,05$).

Especificamente em relação à "Rede de suporte", notou-se um aumento na média dessa dimensão conforme a qualidade da rede de suporte aumentava (valor de $p = 0,0077$), particularmente nas categorias "Maioria das vezes" e "Sempre". Para investigar as diferenças significativas, utilizamos as Comparações Múltiplas pelo método de Stell-Dwass (conforme apresentado na Tabela 8), que demonstrou que a média na categoria "Sempre" é significativamente superior à média nas categorias "Nunca" e "Raramente".

6.6.2 Dimensão Psicológico

Tabela 9

Medidas Resumo para WHOQoL - Psicológico

Característica	Nível	Físico							p-value
		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	
Faixa etária	20 a 29 anos	47,9	17,6	20,8	34,4	47,9	61,5	75,0	0,8336
	30 a 39 anos	47,0	17,5	0,0	33,3	47,9	58,3	91,7	
	40 a 49 anos	49,8	18,3	16,7	37,5	52,1	58,3	83,3	
	50 a 59 anos	50,0	18,0	25,0	29,2	54,2	66,7	70,8	
Estado Civil	Casado / Mora junto	48,6	17,6	0,0	37,5	50,0	58,3	91,7	0,2062
	Solteiro /				29,2		54,2		
	Divorciado	45,1	18,9	12,5	22	45,8	2	83,3	
Escolaridade	EF	50,0	12,1	37,5	39,6	45,8	62,5	66,7	0,5873
	EM	45,0	18,6	16,7	28,1	45,8	58,3	87,5	
	ES	48,7	17,9	0,0	37,5	50,0	58,3	91,7	
	Pós	50,0	19,1	25,0	29,2	58,3	58,3	79,2	
Renda Pessoal	Sem renda	39,8	16,4	16,7	25,0	37,5	50,0	83,3	0,0036
	Até 1 SM	45,7	19,0	0,0	33,3	45,8	58,3	87,5	
	2 a 5 SM	53,1	15,7	16,7	42,7	54,2	58,3	83,3	
	Mais de 6 SM	51,8	18,0	12,5	39,6	54,2	64,6	91,7	
Renda Familiar	Até 1 SM	44,4	17,8	16,7	33,3	41,7	54,2	87,5	0,3613
	2 a 3 SM	47,2	18,6	0,0	33,3	45,8	62,5	83,3	
	4 a 7 SM	50,0	17,7	20,8	33,3	50,0	58,3	83,3	
	Mais de 8 SM	49,4	17,8	12,5	37,5	54,2	62,5	91,7	
Rede de suporte	Não, nunca	39,3	17,4	16,7	24,0	39,6	55,2	66,7	0,0013
	Raramente	42,6	17,0	0,0	29,2	41,7	54,2	79,2	
	Às vezes	45,9	14,6	16,7	37,5	45,8	58,3	83,3	
	Maioria das vezes	51,2	18,5	12,5	33,3	54,2	62,5	83,3	

	Sempre	64,9	18,5	29,2	45,8	68,8	77,1	91,7	
Grupos de	Sim	48,5	18,9	0,0	33,3	50,0	60,4	91,7	0,619
apoio	Não	46,6	15,8	16,7	33,3	50,0	58,3	79,2	6
Auxílio	Sim	44,8	17,2	16,7	31,3	45,8	56,3	83,3	0,266
financeiro	Não	48,6	18,0	0,0	34,4	50,0	58,3	91,7	5
Buscou apoio	Sim	47,4	17,2	0,0	33,3	50,0	58,3	87,5	0,682
	Não	48,6	19,1	12,5	37,5	50,0	62,5	91,7	0
Apoio	Fonoaudiólogo	37,5	16,4	16,7	25,0	37,5	50,0	62,5	0,394
profissional	Médico								7
	especialista	51,6	18,9	16,7	34,4	54,2	66,7	83,3	
	Psicólogo	47,5	15,6	16,7	37,5	50,0	58,3	79,2	
	Terapeuta								
	ocupacional	44,3	24,1	0,0	31,3	41,7	65,6	75,0	
	Outros								
	profissionais	51,0	18,2	20,8	36,5	54,2	58,3	91,7	
	Não	44,5	18,5	12,5	33,3	41,7	54,2	87,5	
Frequenta	Escola especial	47,9	17,5	25,0	27,1	54,2	64,6	66,7	0,989
escola	Escola regular	47,9	18,2	0,0	33,3	50,0	58,3	91,7	3
	Outro	45,8		45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	
	Não	45,8	0,0	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	
Dificuldades	Sim	47,3	17,8	0,0	33,3	50,0	58,3	91,7	0,295
	Não	53,3	18,9	25,0	37,5	54,2	66,7	83,3	1
Suporte	T. ocupacional	46,9	18,9	0,0	37,5	45,8	58,3	83,3	0,240
terapêutico	T. comportamenta								0
	l	47,0	17,0	12,5	37,5	47,9	58,3	83,3	
	T. psicológica	48,7	16,3	16,7	37,5	54,2	58,3	79,2	
	T. da fala	44,4	23,5	16,7	25,0	33,3	64,6	83,3	
	T. familiar	76,4	14,6	62,5	62,5	75,0	91,7	91,7	
	Outro	43,1	16,2	25,0	29,2	37,5	60,4	70,8	
	Não	49,3	17,8	16,7	34,4	50,0	58,3	87,5	

Suporte adequado	Sim	52,1	19,0	0,0	41,7	54,2	60,4	83,3	0,0838
	Parcialmente	47,0	16,6	16,7	33,3	50,0	58,3	91,7	
	Não	44,3	19,4	12,5	29,2	41,7	54,2	87,5	

Nota. Fonte: Dados da pesquisa (2024)

Tabela 10

Comparações Múltiplas para WHOQoL - Psicológico

Característica	Nível 1	Nível 2	p-value
Renda Pessoal	Sem renda	2 a 5 SM	0,0030
	Sem renda	Mais de 6 SM	0,0540
	Sem renda	Até 1 SM	0,4135
	Até 1 SM	2 a 5 SM	0,1701
	Até 1 SM	Mais de 6 SM	0,5005
	2 a 5 SM	Mais de 6 SM	0,9952
Rede de suporte	Sempre	Não, nunca	0,0150
	Sempre	Raramente	0,0074
	Sempre	Às vezes	0,0075
	Sempre	Maioria das vezes	0,1651
	Maioria das vezes	Não, nunca	0,2708
	Maioria das vezes	Raramente	0,2661
	Maioria das vezes	Às vezes	0,5688
	Às vezes	Não, nunca	0,7262
	Às vezes	Raramente	0,9047
	Raramente	Não, nunca	0,9686

Nota. Fonte: Viana (2024)

Os resultados das medidas foram apresentados na Tabela 9, permitindo realizar uma avaliação detalhada. Observou-se uma diferença significativa apenas para as variáveis "Renda Pessoal" e "Rede de Suporte", enquanto todas as outras não apresentaram significância estatística (valores de $p > 0,05$).

Especificamente em relação à "Renda Pessoal", foi observado um aumento na média dessa dimensão conforme a renda aumentava (valor de $p = 0,0036$), com exceção da faixa de renda superior a 6 salários-mínimos (SM), que apresentou uma média ligeiramente inferior à faixa de 2 a 5 SM. Para investigar as diferenças significativas, foram utilizadas as Comparações Múltiplas pelo método de Stell-Dwass (conforme apresentado na Tabela 10), revelando que a

média da categoria "Sem renda" é significativamente inferior à média da faixa de renda de 2 a 5 SM.

Já em relação à "Rede de Suporte", observou-se um aumento na média dessa dimensão conforme a qualidade da rede de suporte melhorava, especialmente nas categorias "Maioria das vezes" e "Sempre" (valor de $p = 0,0013$). Novamente, as Comparações Múltiplas pelo método de Stell-Dwass (conforme apresentado na Tabela 10) indicaram que a média da categoria "Sempre" é significativamente superior à média das categorias "Nunca", "Raramente" e "Às vezes".

6.6.3 Dimensão Social

Tabela 11

Medidas Resumo para WHOQoL - Social

Característica	Nível	Físico							p-value
		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	
Faixa etária	20 a 29 anos	44,4	23,9	16,7	25,0	41,7	70,8	83,3	0,5658
	30 a 39 anos	40,7	22,2	0,0	25,0	41,7	58,3	83,3	
	40 a 49 anos	46,0	20,1	8,3	35,4	41,7	58,3	91,7	
	50 a 59 anos	38,0	16,7	8,3	25,0	41,7	54,2	58,3	
Estado Civil	Casado / Mora junto	43,4	20,5	0,0	25,0	41,7	58,3	91,7	0,1574
	Solteiro / Divorciado	38,5	24,2	0,0	16,7	33,3	58,3	83,3	
Escolaridade	EF	43,3	23,9	16,7	20,8	41,7	66,7	75,0	0,9737
	EM	42,8	23,4	8,3	22,9	41,7	52,1	83,3	
	ES	42,0	20,8	0,0	25,0	41,7	58,3	91,7	
	Pós	45,2	19,2	16,7	25,0	50,0	66,7	66,7	
Renda Pessoal	Sem renda	42,5	17,3	8,3	33,3	41,7	50,0	83,3	0,7139
	Até 1 SM	39,6	25,4	0,0	16,7	41,7	62,5	83,3	

	2 a 5 SM	44,8	21,0	0,0	33,3	41,7	58,3	91,7	
	Mais de 6 SM	43,0	18,0	16,7	25,0	41,7	58,3	75,0	
Renda Familiar	Até 1 SM	36,3	23,9	0,0	16,7	33,3	50,0	83,3	0,1242
	2 a 3 SM	43,4	24,3	0,0	25,0	50,0	58,3	91,7	
	4 a 7 SM	43,2	19,5	8,3	25,0	41,7	50,0	83,3	
	Mais de 8 SM	46,1	17,3	8,3	41,7	50,0	58,3	83,3	
					7		3		
Rede de suporte	Não, nunca	28,0	16,5	0,0	14,6	25,0	41,7	50,0	<,0001
	Raramente	31,5	19,7	0,0	16,7	25,0	41,7	83,3	
	Às vezes	41,8	21,2	0,0	25,0	41,7	58,3	83,3	
	Maioria das vezes	49,4	18,2	16,7	41,7	50,0	58,3	91,7	
	Sempre	61,3	17,2	16,7	50,0	62,5	75,0	83,3	
					0		0		
Grupos de apoio	Sim	44,0	21,0	0,0	25,0	41,7	58,3	83,3	0,1139
	Não	39,3	21,9	0,0	25,0	41,7	56,3	91,7	
Auxílio financeiro	Sim	36,5	22,1	0,0	16,7	33,3	50,0	83,3	0,0528
	Não	43,8	21,0	0,0	7	41,7	0	91,7	
Buscou apoio	Sim	42,5	20,8	0,0	25,0	41,7	58,3	83,3	0,9593
	Não	42,2	22,3	0,0	0	41,7	58,3	91,7	
Apoio profissional	Fonoaudiólogo	30,0	25,4	0,0	4,2	33,3	54,2	58,3	0,2273
	Médico especialista	49,2	21,9	0,0	33,3	50,0	66,7	91,7	
	Psicólogo	41,4	17,8	8,3	25,0	41,7	50,0	83,3	
	Terapeuta ocupacional	38,5	33,9	0,0	0	33,3	75,0	75,0	
	Outros profissionais	41,7	25,1	0,0	4,2	41,7	64,6	83,3	
					25,0		0		
	Não	37,6	19,1	8,3	16,7	41,7	50,0	83,3	
					7		0		
Frequenta escola	Escola especial	50,0	27,5	16,7	18,8	54,2	75,0	83,3	0,7619
	Escola regular	41,9	21,2	0,0	25,0	41,7	58,3	91,7	
	Outro	50,0		50,0	0	50,0	50,0	50,0	
	Não	41,7	11,8	33,3	33,3	41,7	50,0	50,0	

Dificuldades	Sim	41,1	20,9	0,0	25,0	41,7	58,3	83,3	0,0216
	Não	55,4	21,6	8,3	41,7	58,3	68,8	91,7	
Suporte terapêutico	T. ocupacional	37,1	27,5	0,0	16,7	41,7	50,0	91,7	0,1819
	T. comportamental	41,0	17,2	16,7	25,0	41,7	56,3	75,0	
	T. psicológica	45,5	19,2	8,3	33,3	50,0	58,3	83,3	
	T. da fala	37,0	24,3	0,0	16,7	41,7	54,2	75,0	
	T. familiar	63,9	12,7	50,0	50,0	66,7	75,0	75,0	
	Outro	39,2	22,0	8,3	20,0	33,3	54,2	83,3	
	Não	46,1	17,9	0,0	41,7	41,7	58,3	75,0	
Suporte adequado	Sim	46,7	23,6	0,0	33,3	41,7	62,5	91,7	0,2264
	Parcialmente	41,8	19,7	0,0	25,0	41,7	58,3	83,3	
	Não	37,9	22,2	0,0	16,7	41,7	54,2	83,3	

Nota. Fonte: Viana (2024)

Tabela 12
Comparações Múltiplas para WHOQoL - Social

Característica	Nível 1	Nível 2	p-value
Rede de suporte	Sempre	Não, nunca	0,0009
	Sempre	Raramente	0,0141
	Sempre	Às vezes	0,0008
	Sempre	Maioria das vezes	0,1103
	Maioria das vezes	Não, nunca	0,0065
	Maioria das vezes	Raramente	0,0016
	Maioria das vezes	Às vezes	0,4414
	Às vezes	Não, nunca	0,1972
	Às vezes	Raramente	0,1367
	Raramente	Não, nunca	0,9980

Nota. Fonte: Viana (2024)

Os resultados das medidas foram apresentados na Tabela 11, consentindo uma análise detalhada dos dados. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa apenas para as variáveis "Rede de Suporte" e "Dificuldades para encontrar serviços de apoio adequado", enquanto todas as outras não alcançaram significância estatística (valores de $p > 0,05$).

Especificamente em relação à "Rede de Suporte", verificou-se um aumento na média dessa dimensão conforme a qualidade da rede de suporte melhorava (valor de $p < 0,0001$). As Comparações Múltiplas pelo método de Stell-Dwass (conforme apresentado na Tabela 12) indicaram que a média da categoria "Sempre" é significativamente superior às médias das categorias "Nunca", "Raramente" e "Às vezes". Além disso, a média da categoria "Maioria das vezes" também foi significativamente superior às médias das categorias "Nunca" e "Raramente".

No que diz respeito à variável "Dificuldades para encontrar serviços de apoio adequado", observou-se uma média maior para o grupo sem dificuldade (valor de $p = 0,0216$).

6.6.4. Dimensão Ambiente

Tabela 13

Medidas Resumo para WHOQoL - Ambiente

Característica	Nível	Físico							p-value
		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	
Faixa etária	20 a 29 anos	43,5	15,0	15,6	32,8	45,3	55,5	62,5	0,7114
	30 a 39 anos	48,6	16,9	0,0	37,5	50,0	59,4	87,5	
	40 a 49 anos	50,8	16,8	15,6	38,3	50,0	59,4	93,8	
	50 a 59 anos	49,7	14,9	28,1	39,1	50,0	54,7	81,3	
Estado Civil	Casado / Mora junto	50,1	17,1	0,0	40,6	50,0	59,4	93,8	0,0179
	Solteiro / Divorciado	43,4	14,0	18,8	34,4	43,8	53,1	78,1	
Escolaridade	EF	46,9	11,0	34,4	35,9	46,9	57,8	59,4	0,0156
	EM	43,3	16,0	12,5	31,3	43,8	56,3	78,1	
	ES	49,9	16,9	0,0	40,6	50,0	59,4	93,8	
	Pós	61,6	11,4	37,5	59,4	65,6	68,8	71,9	
Renda Pessoal	Sem renda	47,0	14,6	15,6	37,5	50,0	59,4	68,8	0,0005
	Até 1 SM	41,3	16,7	0,0	31,3	40,6	56,3	78,1	
	2 a 5 SM	51,8	12,8	15,6	43,8	51,6	59,4	87,5	
	Mais de 6 SM	59,5	19,0	25,0	43,8	59,4	78,1	93,8	
Renda Familiar	Até 1 SM	43,6	14,1	15,6	35,9	43,8	53,1	78,1	<,0001
	2 a 3 SM	41,0	17,3	0,0	31,3	42,2	53,9	78,1	
	4 a 7 SM	48,1	13,9	15,6	37,5	50,0	59,4	71,9	
	Mais de 8 SM	59,8	15,0	28,1	50,0	59,4	68,8	93,8	
Rede de suporte	Não, nunca	31,3	11,2	15,6	23,4	29,7	39,1	50,0	<,0001
	Raramente	44,5	17,1	0,0	37,5	43,8	56,3	81,3	
	Às vezes	48,5	15,2	15,6	37,5	50,0	59,4	84,4	
	Maioria das vezes	54,1	15,0	15,6	43,8	56,3	59,4	87,5	

	Sempre	59,8	15,3	31,3	52,3	59,4	63,3	93,8	
Grupos de apoio	Sim	48,4	16,7	0,0	37,5	50,0	59,4	93,8	0,6669
	Não	49,3	16,8	12,5	40,6	50,0	59,4	87,5	
Auxílio financeiro	Sim	44,4	15,5	12,5	34,4	43,8	57,8	78,1	0,1423
	Não	49,7	16,8	0,0	37,5	50,0	59,4	93,8	
Buscou apoio	Sim	49,8	17,0	0,0	37,5	50,0	60,2	93,8	0,3990
	Não	46,9	16,1	15,6	40,6	50,0	56,3	84,4	
Apoio profissional	Fonoaudiólogo	34,4	11,5	21,9	21,9	40,6	43,8	43,8	0,1335
	Médico especialista	53,0	15,1	18,8	43,8	50,0	59,4	93,8	
	Psicólogo	50,3	16,7	12,5	37,5	50,0	62,5	87,5	
	Terapeuta ocupacional	40,2	22,9	0,0	20,3	45,3	59,4	62,5	
	Outros profissionais	46,6	16,3	28,1	32,8	42,2	57,8	84,4	
	Não	45,3	16,2	15,6	37,5	46,9	59,4	78,1	
Frequenta escola	Escola especial	50,4	17,1	28,1	36,7	50,0	57,8	84,4	0,9356
	Escola regular	48,7	16,8	0,0	37,5	50,0	59,4	93,8	
	Outro	53,1		53,1	53,1	53,1	53,1	53,1	
	Não	43,8	13,3	34,4	34,4	43,8	53,1	53,1	
Dificuldades	Sim	47,8	16,9	0,0	37,5	50,0	59,4	93,8	0,0206
	Não	57,6	11,1	40,6	49,2	56,3	66,4	78,1	
Suporte terapêutico	T. ocupacional	45,1	21,5	0,0	34,4	43,8	59,4	87,5	0,4561
	T. comportamental	51,7	16,8	25,0	40,6	45,3	65,6	93,8	
	T. psicológica	48,9	15,2	18,8	37,5	50,0	59,4	84,4	
	T. da fala	47,6	13,5	21,9	40,6	50,0	56,3	68,8	
	T. familiar	67,7	14,8	56,3	56,3	62,5	84,4	84,4	
	Outro	50,2	12,6	28,1	42,2	50,0	57,8	81,3	
	Não	47,4	15,5	15,6	35,2	50,0	59,4	71,9	
Suporte adequado	Sim	51,1	17,6	0,0	40,6	50,0	62,5	93,8	0,2352
	Parcialmente	49,2	16,2	12,5	37,5	50,0	59,4	87,5	
	Não	44,0	16,3	15,6	31,3	43,8	56,3	71,9	

Nota. Fonte: Viana (2024)

Tabela 14

Comparações Múltiplas para WHOQoL - Ambiente

Característica	Nível 1	Nível 2	p-value
Escolaridade	EF	EM	0,9605
	EF	ES	0,9559
	EF	Pós	0,1459
	EM	ES	0,1904
	EM	Pós	0,0224
	ES	Pós	0,1154
Renda Pessoal	Sem renda	Até 1 SM	0,4142
	Sem renda	2 a 5 SM	0,6143
	Sem renda	Mais de 6 SM	0,1048
	Até 1 SM	2 a 5 SM	0,0104
	Até 1 SM	Mais de 6 SM	0,0017
	2 a 5 SM	Mais de 6 SM	0,3474
Renda Familiar	Até 1 SM	2 a 3 SM	0,9638
	Até 1 SM	4 a 7 SM	0,3874
	Até 1 SM	Mais de 8 SM	<,0001
	2 a 3 SM	4 a 7 SM	0,2778
	2 a 3 SM	Mais de 8 SM	<,0001

	4 a 7 SM	Mais de 8 SM	0,0125
Rede de suporte	Sempre	Não, nunca	0,0005
	Sempre	Raramente	0,0421
	Sempre	Às vezes	0,1485
	Sempre	Maioria das vezes	0,7278
	Maioria das vezes	Não, nunca	<,0001
	Maioria das vezes	Raramente	0,0757
	Maioria das vezes	Às vezes	0,4051
	Às vezes	Não, nunca	0,0024
	Às vezes	Raramente	0,8365
	Raramente	Não, nunca	0,0366

Nota. Fonte: Viana (2024)

Os resultados das medidas foram apresentados na Tabela 13 proporcionando uma análise abrangente dos dados coletados. Observou-se diferença estatisticamente significativa para as variáveis Estado Civil, Escolaridade, Renda Pessoal, Renda Familiar, Rede de Suporte e Dificuldades. Todas as demais não demonstraram significância estatística (valores de $p > 0,05$).

Especificamente em relação ao Estado Civil, constatou-se uma média significativamente maior para o grupo "Casado / Mora Junto" (valor de $p = 0,0179$). No que tange à Escolaridade, observou-se diferenças entre os grupos, sendo o grupo com pós-graduação significativamente superior aos demais (valor de $p = 0,0156$). As Comparações Múltiplas pelo método de Stell-Dwass (conforme apresentado na Tabela 14) evidenciaram que a média do grupo com pós-graduação é significativamente superior à do grupo com ensino médio.

Em relação à Renda Pessoal e Renda Familiar, foram observadas diferenças entre os grupos, sendo os de maiores rendimentos superiores aos de menores rendimentos (valor de $p < 0,0001$). As Comparações Múltiplas pelo método de Stell-Dwass indicaram que a média do grupo "Até 1 SM" é significativamente menor do que a do grupo "2 a 5 SM" e "Mais de 6 SM" para Renda Pessoal, enquanto para Renda Familiar, a média do grupo "Mais de 8 SM" é significativamente maior do que todos os demais grupos.

Quanto à Rede de Suporte, verificou-se um aumento na média dessa dimensão conforme a qualidade da rede de suporte melhorava (valor de $p < 0,0001$). As Comparações Múltiplas revelaram que a média do grupo "Nunca" é significativamente inferior a todas as outras categorias, e que a média do grupo "Raramente" é inferior à do grupo "Sempre".

Por fim, em relação às Dificuldades, constatou-se uma média significativamente maior para o grupo sem dificuldades (valor de $p = 0,0206$).

6.6.5 Dimensão Saúde

Tabela 15

Medidas Resumo para WHOQoL - Saúde

Característica	Nível	Físico							p-value
		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	
Faixa etária	20 a 29 anos	35,4	24,9	0,0	25,0	25,0	50,0	75,0	0,2414
	30 a 39 anos	44,6	24,4	0,0	25,0	50,0	75,0	100,0	
	40 a 49 anos	41,3	22,6	0,0	25,0	50,0	50,0	100,0	
	50 a 59 anos	30,6	20,8	0,0	25,0	25,0	37,5	75,0	
Estado Civil	Casado / Mora junto	42,1	24,2	0,0	25,0	50,0	50,0	100,0	0,5434
	Solteiro /				25,0				
	Divorciado	38,3	23,7	0,0	25,0	50,0	50,0	75,0	
Escolaridade	EF	45,0	27,4	25,0	25,0	25,0	75,0	75,0	0,4601
	EM	35,5	23,0	0,0	25,0	25,0	50,0	75,0	
	ES	43,2	24,3	0,0	25,0	50,0	50,0	100,0	
	Pós	42,9	23,8	0,0	25,0	50,0	50,0	75,0	
Renda Pessoal	Sem renda	34,7	23,9	0,0	25,0	25,0	50,0	75,0	0,1032
	Até 1 SM	38,3	22,9	0,0	25,0	25,0	50,0	75,0	

	2 a 5 SM	47,4	22,0	0,0	25,0	50,0	75,0	100,0	
	Mais de 6 SM	44,0	28,2	0,0	25,0	50,0	62,5	100,0	
Renda Familiar	Até 1 SM	34,5	23,1	0,0	25,0	25,0	50,0	75,0	0,267
	2 a 3 SM	42,6	21,8	0,0	25,0	50,0	50,0	75,0	2
	4 a 7 SM	44,2	21,8	0,0	25,0	50,0	50,0	75,0	
	Mais de 8 SM	43,6	27,9	0,0	25,0	25,0	75,0	100,0	
Rede de suporte	Não, nunca	37,5	19,0	0,0	25,0	37,5	50,0	75,0	0,002
	Raramente	33,9	27,0	0,0	25,0	25,0	50,0	100,0	1
	Às vezes	38,7	19,6	0,0	25,0	25,0	50,0	75,0	
	Maioria das vezes	43,0	24,0	0,0	25,0	50,0	75,0	75,0	
	Sempre	66,1	23,2	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
Grupos de apoio	Sim	42,1	23,2	0,0	25,0	50,0	50,0	100,0	0,652
	Não	39,9	25,8	0,0	25,0	50,0	50,0	100,0	0
Auxílio financeiro	Sim	36,2	24,6	0,0	25,0	25,0	50,0	75,0	0,234
	Não	42,5	23,9	0,0	25,0	50,0	50,0	100,0	0
Buscou apoio	Sim	39,9	23,8	0,0	25,0	37,5	50,0	100,0	0,339
	Não	43,6	24,4	0,0	25,0	50,0	75,0	100,0	8
Apoio profissional	Fonoaudiólogo	35,0	13,7	25,0	25,0	25,0	50,0	50,0	0,877
	Médico especialista	43,8	25,4	0,0	25,0	50,0	75,0	100,0	6
	Psicólogo	42,0	22,9	0,0	25,0	50,0	50,0	100,0	
	Terapeuta ocupacional	40,6	32,6	0,0	6,3	37,5	75,0	75,0	
	Outros profissionais	35,4	27,1	0,0	25,0	25,0	50,0	100,0	
	Não	40,3	23,0	0,0	25,0	50,0	50,0	75,0	

Frequenta escola	Escola especial	31,3	25,9	0,0	6,3 25,	25,0	50,0	75,0	0,490 3
	Escola regular	41,9	24,1	0,0	0 25,	50,0	50,0	100,0	
	Outro	25,0		25,0	0 50,	25,0	25,0	25,0	
	Não	50,0	0,0	50,0	0	50,0	50,0	50,0	
Dificuldades	Sim	41,0	23,7	0,0	25, 0 25,	50,0	50,0	100,0	0,742 2
	Não	44,6	28,0	0,0	0	37,5	75,0	100,0	
Suporte terapêutico	T. ocupacional	37,1	24,0	0,0	25, 0 25,	25,0	50,0	75,0	0,634 7
	T. comportamental	43,8	26,8	0,0	0 25,	50,0	68,8	100,0	
	T. psicológica	42,7	21,8	0,0	0 25,	50,0	50,0	100,0	
	T. da fala	33,3	21,7	0,0	0 25,	25,0	50,0	75,0	
	T. familiar	66,7	38,2	25,0	25, 0 25,	75,0	0	100,0	
	Outro	42,6	26,2	0,0	0 25,	50,0	75,0	75,0	
	Não	41,1	22,8	0,0	0	25,0	68,8	75,0	
Suporte adequado	Sim	42,7	25,8	0,0	25, 0 25,	50,0	62,5	100,0	0,891 6
	Parcialmente	41,0	23,6	0,0	0 25,	50,0	50,0	100,0	
	Não	40,5	23,5	0,0	0	25,0	62,5	75,0	

Nota. Fonte: Viana (2024)

Tabela 16
Comparações Múltiplas para WHOQoL - Saúde

Característica	Nível 1	Nível 2	p-value
Rede de suporte	Sempre	Não, nunca	0,0249
	Sempre	Raramente	0,0069
	Sempre	Às vezes	0,0025
	Sempre	Maioria das vezes	0,0373
	Maioria das vezes	Não, nunca	0,9417
	Maioria das vezes	Raramente	0,4797
	Maioria das vezes	Às vezes	0,8837
	Às vezes	Não, nunca	1,0000

Às vezes	Raramente	0,7755
Raramente	Não, nunca	0,9575

Nota. Fonte: Viana (2024)

Os resultados das medidas foram apresentados na Tabela 15, permitindo uma análise detalhada dos dados coletados. Foi observada diferença estatisticamente significativa apenas para a variável "Rede de Suporte", enquanto todas as demais não alcançaram significância estatística (valores de $p > 0,05$).

Especificamente em relação à "Rede de Suporte", constatou-se uma média mais elevada nos níveis mais altos de suporte (valor de $p = 0,0021$). As Comparações Múltiplas pelo método de Stell-Dwass (conforme apresentado na Tabela 16) indicaram que a média do grupo "Sempre" é significativamente superior à média dos demais grupos.

6.6.6 Dimensão Geral

Tabela 17

Medidas Resumo para WHOQoL - Geral

Característica	Nível	Físico							p-value
		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	
Faixa etária	20 a 29 anos	54,2	14,4	25,0	50,0	50,0	68,8	75,0	0,1563
	30 a 39 anos	61,5	20,8	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
	40 a 49 anos	54,8	21,6	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
	50 a 59 anos	61,1	18,2	25,0	50,0	75,0	75,0	75,0	
Estado Civil	Casado / Mora junto	59,5	21,2	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0	0,1103
	Solteiro / Divorciado	53,1	18,8	25,0	50,0	50,0	75,0	75,0	
Escolaridade	EF	55,0	20,9	25,0	37,5	50,0	75,0	75,0	0,8542

	EM	57,2	18,3	25,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
	ES	58,7	21,2	25,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
	Pós	57,1	31,3	0,0	25,0	75,0	75,0	75,0	
Renda Pessoal	Sem renda	55,6	20,1	25,0	50,0	50,0	75,0	100,0	0,0215
	Até 1 SM	52,6	19,3	25,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
	2 a 5 SM	64,1	19,2	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
	Mais de 6 SM	61,0	25,1	0,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
Renda Familiar	Até 1 SM	52,0	18,0	25,0	50,0	50,0	75,0	75,0	0,0668
	2 a 3 SM	57,4	20,0	25,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
	4 a 7 SM	60,3	20,5	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
	Mais de 8 SM	62,2	23,4	0,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
Rede de suporte	Não, nunca	50,0	17,0	25,0	43,8	50,0	56,3	75,0	0,0037
	Raramente	50,0	21,4	0,0	25,0	50,0	75,0	75,0	
	Às vezes	57,4	18,9	25,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
	Maioria das vezes	62,8	19,9	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
	Sempre	73,2	22,9	25,0	50,0	75,0	100,0	100,0	
Grupos de apoio	Sim	58,2	21,5	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0	0,9066
	Não	58,2	19,6	25,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
Auxílio financeiro	Sim	55,2	19,3	25,0	50,0	50,0	75,0	75,0	0,4060
	Não	58,9	21,2	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
Buscou apoio	Sim	59,3	20,7	0,0	50,0	62,5	75,0	100,0	0,3175
	Não	56,4	21,1	25,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
Apoio	Fonoaudiólogo	55,0	20,9	25,0	37,5	50,0	75,0	75,0	0,2388

profissional	Médico especialista	61,9	20,5	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
	Psicólogo	58,0	21,2	0,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
	Terapeuta ocupacional	65,6	26,5	25,0	50,0	62,5	93,8	100,0	
	Outros profissionais	60,4	22,5	25,0	50,0	62,5	75,0	100,0	
	Não	50,8	17,7	25,0	50,0	50,0	75,0	75,0	
Frequenta	Escola especial	50,0	18,9	25,0	31,3	50,0	68,8	75,0	0,5748
escola	Escola regular	58,8	20,9	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
	Outro	50,0		50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	
	Não	50,0	35,4	25,0	25,0	50,0	75,0	75,0	
Dificuldades	Sim	57,7	20,8	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0	0,4074
	Não	62,5	21,4	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
Suporte	T. ocupacional	58,1	19,8	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0	0,7005
terapêutico	T. comportamental	64,6	23,2	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	
	T. psicológica	57,9	18,1	25,0	50,0	50,0	75,0	75,0	
	T. da fala	52,8	23,2	25,0	25,0	50,0	75,0	75,0	
	T. familiar	66,7	38,2	25,0	25,0	75,0	100,0	100,0	
	Outro	55,9	24,3	25,0	25,0	50,0	75,0	100,0	
	Não	55,4	19,7	25,0	50,0	50,0	75,0	75,0	
Suporte	Sim	62,8	20,3	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	0,0490
adequado	Parcialmente	58,7	20,8	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0	
	Não	50,0	20,0	25,0	25,0	50,0	75,0	75,0	

Nota. Fonte: Viana (2024)

Tabela 18*Comparações Múltiplas para WHOQoL - Geral*

Característica	Nível 1	Nível 2	p-value
Renda Pessoal	Sem renda	Até 1 SM	0,9015
	Sem renda	2 a 5 SM	0,2324
	Sem renda	Mais de 6 SM	0,6534
	Até 1 SM	2 a 5 SM	0,0184
	Até 1 SM	Mais de 6 SM	0,2562
	2 a 5 SM	Mais de 6 SM	0,9937
Rede de suporte	Sempre	Não, nunca	0,0598
	Sempre	Raramente	0,0314
	Sempre	Às vezes	0,1138
	Sempre	Maioria das vezes	0,5097
	Maioria das vezes	Não, nunca	0,1587
	Maioria das vezes	Raramente	0,0864
	Maioria das vezes	Às vezes	0,5757
	Às vezes	Não, nunca	0,6628
	Às vezes	Raramente	0,5999
	Raramente	Não, nunca	1,0000
Suporte adequado	Não	Parcialmente	0,1181
	Não	Sim	0,0460
	Parcialmente	Sim	0,7069

Nota. Fonte: Viana (2024)

Os resultados das medidas foram apresentados na Tabela 17, fornecendo uma análise dos dados obtidos. Foi observada diferença estatisticamente significativa apenas para as variáveis "Renda Pessoal", "Rede de Suporte" e "Suporte Adequado", enquanto todas as demais não alcançaram significância estatística (valores de $p > 0,05$).

No que concerne à "Renda Pessoal", identificaram-se algumas diferenças entre os grupos, embora sem uma tendência clara (valor de $p = 0,0215$). As Comparações Múltiplas pelo método de Stell-Dwass (conforme apresentado na Tabela 18) indicaram que a média do grupo com renda de 2 a 5 salários-mínimos (SM) é significativamente superior à do grupo com renda de 1 a 2 SM.

Quanto à "Rede de Suporte", observou-se um aumento na média dessa dimensão conforme a qualidade da rede de suporte melhorava (valor de $p = 0,0037$). As Comparações

Múltiplas também indicaram que a média do grupo "Sempre" é significativamente superior à do grupo "Raramente".

Em relação ao "Suporte Adequado", constatou-se um aumento na média dessa dimensão conforme o suporte melhorava (valor de $p = 0,0490$). As Comparações Múltiplas evidenciaram que a média do grupo "Sim" é significativamente superior à do grupo "Não".

6.7 Relações entre WHOQOL e SRQ

Tabela 19

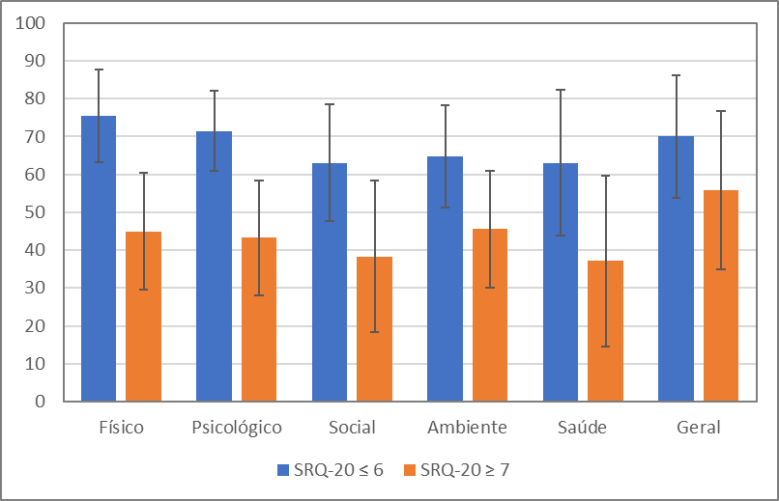
Medidas Resumo para WHOQoL por SRQ-20

WHOQoL	SRQ-20	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Físico	≤ 6	75,4	12,2	46,4	67,9	78,6	83,9	96,4	<0,0001
	≥ 7	44,9	15,4	7,1	35,7	42,9	57,1	78,6	
Psicológico	≤ 6	71,5	10,5	54,2	62,5	70,8	81,3	91,7	<0,0001
	≥ 7	43,2	15,2	0,0	30,2	43,8	54,2	79,2	
Social	≤ 6	63,0	15,4	25,0	54,2	66,7	75,0	91,7	<0,0001
	≥ 7	38,3	20,0	0,0	25,0	41,7	50,0	83,3	
Ambiente	≤ 6	64,8	13,4	37,5	53,1	65,6	78,1	84,4	<0,0001
	≥ 7	45,6	15,4	0,0	37,5	46,9	56,3	93,8	
Saúde	≤ 6	63,0	19,3	25,0	50,0	75,0	75,0	100,0	<0,0001
	≥ 7	37,1	22,6	0,0	25,0	25,0	50,0	100,0	
Geral	≤ 6	70,0	16,1	50,0	50,0	75,0	75,0	100,0	0,0027
	≥ 7	55,9	20,9	0,0	50,0	50,0	75,0	100,0	

Nota. Fonte: Viana (2024)

Gráfico 6

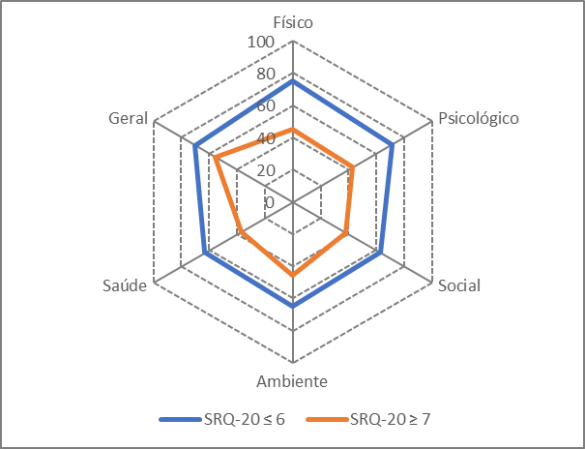
Médias ± Desvio Padrão para WHOQoL por SRQ-20



Nota. Fonte: Viana (2024)

Gráfico 7

Médias para WHOQoL por SRQ-20



Nota. Fonte: Viana (2024)

Com base nos resultados das medidas, todas as dimensões analisadas demonstraram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Observou-se que, na dimensão Físico, Psicológico, Social, Ambiente, Saúde e Geral, as médias para os grupos classificados como $SRQ-20 \leq 6$ foram significativamente maiores em comparação com os grupos classificados como $SRQ-20 \geq 7$ (75,4 versus 44,9; 71,5 versus 43,2; 63,0 versus 38,3; 64,8 versus 45,6; 63,0 versus 37,1; 70,0 versus 55,9, respectivamente), com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,0001$ para todas as dimensões, exceto para a dimensão Geral, onde $p = 0,0027$).

7 RESULTADOS QUALITATIVOS

Este capítulo apresenta os resultados e análises dos dados coletados através das entrevistas semi-dirigidas realizada com quatro mães: duas cujo resultados dos questionários SRQ e Whoqol – bref foram de baixo risco de transtorno mental e altos índices de qualidade de vida e duas com resultados de alto risco de transtorno mental e baixos índices de qualidade de vida. A escolha das mães foi realizada com base nos dados quantitativos obtidos, uma vez que a metodologia adotada propôs estudos de caso.

Primeiramente, é fornecida uma caracterização dos participantes (Quadro 1), seguida pela análise temática organizada em categorias.

Quadro 1

Descrição das Mães da Entrevista Semi-dirigida

Mãe de criança atípica 1	36 anos, branca, residente em Sertãozinho, São Paulo (SP). Ela é casada e possui ensino superior completo com especialização. Atualmente, trabalha de forma autônoma em meio período. Seu filho diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Alta Habilidade/Superdotação (AHSD). Resultados dos Questionários SRQ e Whoqol-bref: foram de baixo risco de transtorno mental e altos índices de qualidade de vida
Mãe de criança atípica 2	31 anos, parda, residente na cidade de São Paulo, São Paulo (SP). Ela mora com seu parceiro em união estável. Possui ensino superior completo e optou por deixar o trabalho para se dedicar em tempo integral ao cuidado de seu filho, que foi diagnosticado com Síndrome do X Frágil, Autismo e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Resultados dos Questionários SRQ e Whoqol-bref:

	foram de alto risco de transtorno mental e baixos índices de qualidade de vida.
Mãe de criança atípica 3	47 anos, branca, residente em Campinas, São Paulo (SP). Ela é casada e possui ensino superior completo. Optou por deixar o trabalho para se dedicar em tempo integral ao cuidado de sua filha, que foi diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Resultados dos Questionários SRQ e Whoqol-bref: foram de baixo risco de transtorno mental e altos índices de qualidade de vida.
Mãe de criança atípica 4	40 anos, branca, residente em Campinas, São Paulo (SP). Ela é casada e possui ensino superior completo. Atualmente, não trabalha, pois optou por se dedicar integralmente ao cuidado de seu filho, que foi diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Resultados dos Questionários SRQ e Whoqol-bref: foram de alto risco de transtorno mental e baixos índices de qualidade de vida.

Nota. Fonte: Viana (2024)

A análise dos dados coletados sobre as experiências das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Hiperatividade e/ou Desatenção (TDAH) ou Altas Habilidades/ Super Dotação (AH/SD) seguiu a análise de conteúdo de Bardin (2011).

A primeira categoria "Desafios do Diagnóstico" (Quadro 2) busca contemplar as experiências vividas pelas mães no processo de identificar e aceitar o diagnóstico de seus filhos. Muitas relatam um rompimento inicial com a confirmação do diagnóstico, que validam suas preocupações e aliviam a culpa que muitas vezes sentem por não compreenderem as dificuldades de seus filhos. Observa-se que mães com resultados positivos, como baixo risco de transtornos mentais e altos índices de qualidade de vida, tendem a lidar melhor com os

desafios e a aceitação do diagnóstico. Em contrapartida, aquelas em situações mais vulneráveis enfrentam maior dificuldade ao longo desse processo, o que sugere uma inter-relação entre bem-estar psicológico e a adaptação ao diagnóstico.

Quadro 2

Desafios no Diagnóstico

Código	Fala	Inferência
Mãe 1	"Para mim o diagnóstico foi um alívio; muitas mães sentiram como se fosse um luto, mas para mim foi um conforto, pois eu recebi muita pressão da família. Diziam que o meu filho não estava se desenvolvendo por minha culpa, porque eu não estava cuidando direito dele, que eu não estava estimulando-o. Então, na época, o diagnóstico foi um colapso por poder saber que nada disso era culpa minha, e que ele tinha realmente um transtorno."	A mãe sofreu um rompimento com o diagnóstico, que trouxe a validação de que as dificuldades do filho não eram culpa dela, sofrimento e culpa da família.
Mãe 2	Foi em torno de um ano e seis meses, porque o primeiro ano eu tentei pelo SUS, não é? Mas não consegui, porque no SUS eu encontrei uma profissional que falou para ele: "Ah, eu vou te dar um presente se você fizer cocô e xixi no vaso." E, aí, eu me senti muito ofendida por essa questão da profissional, porque ela não pediu nenhum tipo de exame.	A mãe ficou decepcionada com a falta de manejo e conhecimento do profissional.
Mãe 3	"Foi assim: do primeiro ao quarto ano, como eu não tinha o laudo em mãos, mas eu sabia que havia alguma coisa errada, foram os piores quatro anos da minha vida e também do meu marido. Porque aí, acontecia que eu a levava festa e tinha que vir embora; eu a levava num almoço de família e tinha que vir embora. ..., o ruim disso também era que as pessoas perguntavam para mim: 'O que ela tem?' E eu respondi: 'Eu não tenho essa resposta ainda, porque o diagnóstico não saiu.' A importância do diagnóstico estava atrelada, é claro, ter o laudo e ter o diagnóstico, era ter a resposta do que ela tinha, para eu poder correr atrás do que eu precisava ser feito então, como eu não tinha isso, eu me perdi. "	A mãe vê os sinais iniciais e, apesar de a filha não ser encontrada pelo pediatra, continua a busca por uma resposta, enfrentando a resistência do marido e a frustração de não ter uma explicação. A mãe vivenciou angústia e isolamento ao lidar com a condição da filha sem diagnóstico, sentindo-se perdida e sem poder dar respostas claras às pessoas.
Mãe 4	" foi uma caminhada bem longa por conta de convênio que nós não tínhamos, assim como também não tínhamos esse suporte do SUS. Então, eu acabei optando em aderir um convênio só para ela, por isso tivemos essa demora". "Olha, foi um pouco difícil porque a gente não aceita, não é? A gente não quer, na verdade. Mesmo estando tudo muito visível, tudo na sua cara, mas ainda assim, a gente tem aquela recusa. E aí, na escola eles fizeram um relatório, não é? A professora de educação especial fez um relatório e me indicou o médico certo. Ela me disse: 'Não, você não tem que levá-la ao pediatra e sim ao neuropediatra.' Então eu a levei. Quando cheguei na neuropediatria ela já estava com dois anos e oito meses, porque foi uma caminhada bem longa por conta de convênio que não temos, assim como também não temos esse suporte do SUS Então, eu acabei optando. em aderir um convênio só para ela, por isso verdadeiramente essa demora."	A mãe inicialmente negou a possibilidade do diagnóstico, mesmo com sinais claros, e dificuldades no acesso ao diagnóstico adequado devido à falta de suporte financeiro e do sistema público de saúde

Nota. Fonte: Viana (2024)

A categoria "Desafios Diários" (Quadro 3) abrange as experiências das mães ao lidar com as demandas cotidianas de cuidar de crianças com necessidades especiais. As mães descrevem uma série de desafios relacionados à gestão do tempo, ao impacto financeiro e às dificuldades emocionais, todos interligados às condições de apoio disponíveis.

Quadro 3

Desafios Diários

Mãe	Fala	Inferência
Mãe 1	"Quanto à questão de tempo, acho que muitas famílias encontram dificuldades para se dedicarem aos filhos. Eu, graças a Deus, não tenho do que reclamar nesse sentido, porque eu sou autônoma e pude fazer a minha carga horária, então eu optei por trabalhar só meio período e ter tempo para cuidar dele, estimulá-lo da forma que ele precisava. Eu também tenho a disponibilidade de ter uma funcionária para cuidar da casa, e eu acredito que não é toda mãe que tenha essa possibilidade, aliás a maioria não tem esses benefícios, então imagino que essa seja uma dificuldade comum que outras mães encontram: tempo para conseguirem estimular os filhos."	A mãe 1 reconhece que o tempo dedicado aos filhos é um desafio comum para outras mães atípicas, mas, por ser autônoma e ter apoio doméstico, ela consegue equilibrar suas responsabilidades. Isso evidencia a desigualdade no acesso a suporte e tempo.
Mãe 2	"Eu também sou portadora do espectro autista, então para mim já é difícil ensinar as regras sociais, as questões de certo e errado, as regras que a gente tem que ter no dia a dia para a convivência em sociedade. Não responde no tempo certo, tem muita ecolalia vocal, muita estereotipia vocal, então são muitos desafios que a gente tem para poder ensinar sem cortar a essência dele, sem que ele entre em um masking, por exemplo, e monte um personagem que, para ele no futuro, pode ser ruim, fora as questões de não ter um acompanhamento adequado."	A mãe 2, que também é autista, enfrenta desafios em ensinar regras sociais ao filho enquanto tenta preservar sua essência. A ecolalia e estereotípias são obstáculos diários, agravados pela falta de acompanhamento adequado.
Mãe 3	"A primeira viagem, , ela tinha uns seis anos. [...] Quando chegamos a primeira vez, ela grudou na parede: 'Não, eu vou embora, eu vou embora. Eu não quero, eu não quero' e o meu marido disse: 'Vamos desistir'. Eu falei: 'Não vamos desistir'. [...] Aniversários, eu perdi a conta de quantos em que eu cheguei até a porta e voltei. Ela tinha pânico de balão, nossa! [...] Só meu marido trabalha. [...] Para ela ter essa qualidade de vida, o primeiro desafio foi que eu tive que abrir mão de trabalhar fora."	A mãe 3 enfrentou dificuldades ao tentar expor a filha a novas experiências. Ela também teve que parar de trabalhar para cuidar da filha, o que impactou sua vida profissional e financeira, sendo o marido o único provedor da família.
Mãe 4	"Hoje eu não trabalho, não é? Precisei parar de trabalhar. Na minha casa quem trabalha é só o	A mãe 4 também teve que parar de trabalhar para cuidar da filha, vivendo com o suporte

Mãe	Fala	Inferência
	meu marido, então ele é o meu suporte financeiro. [...] Eu fico a semana inteira entrando e saindo de casa, porque levo na terapia e tenho que ficar lá, não posso sair. [...] E outra questão seria dos benefícios, não é? Deveria ter mais políticas públicas relacionadas aos benefícios, porque são muitas as barreiras que encontramos, no meu caso, e de muitas mães que precisam parar de trabalhar. [...] A alimentação dela precisa ser bem diferenciada: vai muito de textura, do cheiro, do sabor. Tudo nela é muito acentuado, então ela não come qualquer coisa."	financeiro limitado do marido. Ela enfrenta desafios financeiros relacionados à alimentação específica da filha e destaca a falta de políticas públicas de apoio.

Nota. Fonte: Viana (2024)

A categoria "Recursos e Suporte - Rede de Apoio" (Quadro 4) explora as dificuldades enfrentadas pelas mães ao buscar auxílio no cuidado de seus filhos com necessidades especiais, especialmente diante da insuficiência de suporte qualificado e serviços públicos. Muitas mães relatam uma rede de apoio restrita, como a falta de profissionais capacitados e a pressão familiar, que as força a assumir sozinhas a responsabilidade pelos estímulos e terapias em casa. O impacto da sobrecarga financeira e emocional, agravado pela ausência de benefícios e acesso a serviços adequados, é evidente, gerando preocupações sobre o futuro e o bem-estar dessas mães. Ao mesmo tempo, as que têm acesso a algum tipo de suporte, como acompanhamento terapêutico, destacam a importância desse apoio, embora ainda enfrentem desafios significativos relacionados à sustentabilidade financeira e à falta de alternativas institucionais, o que contribui para um sentimento de isolamento e insegurança.

Quadro 4

Recursos e Suporte – Rede de Apoio

Mãe	Fala	Inferência
Mãe 1	"O desafio no primeiro momento foi enfrentar a pressão da família e depois, já com o diagnóstico, foi obter a ajuda. [...] A parte mais difícil foi a compreensão dos familiares. [...] Também enfrento o desafio, principalmente, com a inclusão escolar, ou seja, a real inclusão onde ele conseguisse fazer todas as atividades sempre foi muito difícil. [...] eu não consegui terapeutas qualificadas e o tempo suficiente de terapia que ele precisava, por isso eu passei a estudar e estimulá-lo em casa mesmo, sozinha. [...] Atualmente o Vinícius não faz nenhum tipo de terapia; os estímulos que ele teve, basicamente, foram só os que eu dei a ele."	A mãe 1 enfrentou pressão familiar e dificuldades na inclusão escolar e na obtenção de ajuda qualificada. Ela teve que assumir a responsabilidade por terapias e estímulos em casa devido à falta de profissionais capacitados e ao suporte limitado.
Mãe 2	"Poderia ter esse amparo, mas nós não temos acompanhamento adequado, então tudo tem que ser pago, nada é gratuito, até mesmo a questão do BPC Loas foi através de advogado. [...] São vários desafios, tanto em questão de saúde, de educação, de segurança. [...] Tenho muito apoio do meu esposo, da minha vizinha, que também é mãe atípica de duas crianças no espectro autista e tenho ainda minha sogra e meu sogro. [...] Saúde e educação, são as principais. [...] Um dos maiores desafios é a rede de apoio. [...] Muitas mães, inclusive as de periferia, não têm ninguém que cuide do filho para que ela possa se cuidar."	A mãe 2 enfrenta desafios significativos relacionados ao custo de cuidados e à falta de suporte adequado. Ela destaca a importância da rede de apoio e critica a insuficiência dos serviços públicos e a dificuldade de acesso a benefícios e suporte.
Mãe 3	"Então, a creche disse: 'Porque você não cuida dela, ela não tem como ficar aqui.' [...] Eu não tenho vida noturna. [...] A rede de apoio eu tenho na terapia da Lívia, são as mães de lá. [...] Eu diria que são apenas duas ou três pessoas que fazem parte da minha rede de apoio."	A mãe 3 enfrenta a falta de apoio institucional e a sobrecarga pessoal, com uma rede de apoio limitada a poucas pessoas. Ela também menciona a vida isolada devido às responsabilidades constantes de cuidar da filha.
Mãe 4	"Somente eu e meu marido, a minha rede de apoio. [...] Olha, o suporte para a família seria fundamental, porque não tem jeito, tudo isso acaba sobrecarregando a família principal. [...] Lá onde a minha filha faz terapia, eles têm um trabalho legal que é um apoio psicológico. [...] Temos muitos direitos, não é? Agora, você conseguir, aí é uma outra questão. [...] Eu não consigo mais pagar nem o meu INSS. E aí, se eu ficar doente, se acontecer alguma coisa comigo? Quem vai cuidar dos meus filhos?"	A mãe 4 também enfrenta sobrecarga financeira e emocional, com suporte limitado a ela e ao marido. Ela valoriza o apoio psicológico recebido na terapia, mas enfrenta desafios financeiros e preocupações sobre a falta de suporte em caso de doença.

Nota. Fonte: Viana (2024)

O Quadro 5 (Saúde Mental) apresenta os principais aspectos relacionados à saúde mental das mães atípicas, destacando o impacto emocional que enfrentam no dia a dia,

experiências de estresse, esgotamento físico e psicológico. O relato das mães evidencia a necessidade de suporte adequado de tempos para si e divisão das responsabilidades.

Quadro 5

Saúde Mental

Mãe	Fala	Inferência
Mãe 1	"O impacto da maternidade atípica é muito estressante. [...] eu vivia esgotada, principalmente durante as crises que ele tinha e os distúrbios do sono. [...] eu vivia fatigada, num estado de estresse muito grande. Mas, graças a Deus, essa época mais difícil ficou para trás."	A mãe 1 enfrentou um impacto emocional profundo, com estresse e fadiga significativos devido às crises e distúrbios do sono do filho. Com o tempo, ela conseguiu superar a fase mais difícil.
Mãe 2	"Olha, eu estou em um processo de psicoterapia depois do meu diagnóstico tardio. [...] Eu tive burnout, depressão pós-parto e muitas outras coisas que eu poderia ter evitado se eu tivesse um acompanhamento, mas... bem antes. [...] Eu acho que a gente tem aquela sensação de tipo: 'Ah, eu vou cuidar do filho primeiro, depois eu vou cuidar de mim.' Não! A gente precisa ser ensinada que é preciso se cuidar primeiro. [...] A questão da maternidade atípica mexe muito nessa parte da saúde mental."	A mãe 2 enfrentou sérios problemas de saúde mental, incluindo burnout e depressão pós-parto, e percebe a necessidade de cuidar de si mesma para poder cuidar melhor do filho. Ela valoriza a psicoterapia como um apoio crucial.
Mãe 3	"Momentos de dificuldade e de dor? Sim, tem um momento específico: o que vai acontecer com a Lívia se eu morrer, hoje? [...] A gente fecha os olhos e imagina a cena, o que vai ser? [...] No começo, aceitei tudo o que estava acontecendo, porque eu vi que ela tinha algo e tinha que ser descoberto. [...] E, em alguns momentos eu, chorava, me emocionava, mas eu não deixei que isso me afetasse, não. [...] A mente da gente faz coisas que provocam esse pensamento para você ficar bem."	A mãe 3 vivenciou angústia e medo sobre o futuro da filha e experimentou dor emocional ao desconstruir suas expectativas iniciais. Apesar disso, ela tenta manter uma mentalidade positiva e resiliência para cuidar da filha.
Mãe 4	"Tem dias que são bem pesados, bem difíceis. [...] Hoje eu uso medicamentos, porque eu não estava dando conta. [...] A sobrecarga é muito grande. [...] Às vezes, eu choro mesmo, choro muito, e até eu me restabelecer, eu deixo a casa de lado, com um monte de coisas para fazer, mas eu deixo lá, abandono tudo. [...] Não tem, eu vou me deixando, deixando e acabo colocando tudo nas mãos de Deus."	A mãe 4 enfrenta uma intensa sobrecarga emocional e física, utilizando medicamentos para lidar com a situação. Ela luta para encontrar tempo para si mesma e frequentemente se sente sobrecarregada, recorrendo à fé para enfrentar os desafios.

Nota. Fonte: Viana (2024)

O Quadro 6 aborda sobre o Estigma Social sofrido pelas mães de crianças com desenvolvimento atípico, refletindo as dificuldades enfrentadas em suas interações sociais e o não reconhecimento de suas responsabilidades e desafios. As falas das mães revelam a presença de estigma social, falta de empatia e compreensão por parte da sociedade, que muitas vezes

desconhece ou desconsidera a complexidade dos cuidados exigidos pelas crianças neuroatípicas. As mães também mencionam a carência de conscientização sobre os direitos e as necessidades dessas crianças, o que contribui para um sentimento de exclusão e desvalorização social em suas experiências cotidianas.

Quadro 6

Estigma Social

Mãe	Fala	Inferência
Mãe 2	"Os olhares das pessoas porque ele tem uma estereotipia como o Flapping, ele é uma criança extremamente falante, mas ele não conclui um diálogo. [...] A sociedade poderia olhar mais para essa mãe. Ter apoio psicológico, ter mais cuidado em questão de amparo mesmo, sabe? [...] Se eu ficar deitada o dia inteiro e não fizer nada pelos meus filhos, é porque sou preguiçosa. Mas se o meu marido ficar deitado o dia inteiro [...] não posso descansar também porque eu sou preguiçosa?"	A mãe 2 enfrenta o estigma social relacionado ao comportamento do filho e a falta de compreensão sobre a carga de trabalho e estresse que enfrenta. Ela percebe uma discrepância no tratamento e apoio, comparando a sua situação com a de seu marido.
Mãe 3	"Olha, o que eu vejo é o seguinte: falta muita informação ainda, não é? [...] Treco simples, mas a pessoa, poxa, fez autoescola, viu que há uma placa para deficiente? [...] Falta muita conscientização, digamos, estamos no meio da conscientização. [...] É um mundo individualista que a gente vive."	A mãe 3 observa uma falta de informação e conscientização sobre as necessidades especiais, tanto em respeito básico quanto em compreensão sobre os direitos e necessidades das crianças com deficiência.
Mãe 4	"Eu evito até de contar sobre a minha rotina, porque as pessoas se recusam a entender."	A mãe 4 se sente desconsiderada e ignorada pela sociedade ao tentar compartilhar sua rotina, percebendo uma falta de empatia e compreensão por parte das pessoas ao seu redor.

Nota. Fonte: Viana (2024)

O Quadro 7 sobre Autocuidado explora as diferentes estratégias e desafios enfrentados pelas mães atípicas ao tentar cuidar das mesmas enquanto lidam com as demandas intensas de seus filhos. Algumas mães conseguem incorporar o autocuidado em suas rotinas com o apoio de familiares, como no caso da divisão de responsabilidades com o marido, enquanto outras encontram barreiras, como falta de tempo e recursos financeiros. A terapia e o exercício físico são indicados como formas eficazes de manutenção da saúde mental e física, mas muitas mães relatam dificuldades em priorizar essas atividades devido à sobrecarga constante de cuidados e limitações financeiras, reforçando a necessidade de redes de apoio mais robustas e acessíveis.

Quadro 7

Autocuidado

Mãe	Fala	Inferência
Mãe 1	"Eu consigo manter meu autocuidado e consigo fazer minhas atividades físicas, porque me revezo com meu marido nos cuidados com as crianças à noite. [...] Eu faço questão, pois para eu poder cuidar dos meus filhos eu também tenho que estar bem. [...] Infelizmente, a maioria das mães atípicas não tem essa mesma oportunidade e acabam se anulando para cuidar de seus filhos."	A mãe 1 consegue manter o autocuidado devido à divisão de responsabilidades com o marido, mas reconhece que muitas mães atípicas não têm a mesma possibilidade e acabam se sacrificando pelo bem-estar dos filhos.
Mãe 2	"Mesmo que seja só depois que a criança dormir, tomar um banho tranquila e se cuidar. Fazer terapia, porque eu sei que terapia é muito importante. [...] Precisamos aprender a pedir ajuda: 'Olha, fica aqui com ele, hoje eu não estou muito bem e preciso descansar.' [...] Na terapia eu tenho aprendido a delegar: 'Olha, fala para o seu marido, fala para sua sogra, fala...'"	A mãe 2 valoriza o autocuidado, incluindo terapia, e enfatiza a importância de pedir ajuda e delegar responsabilidades, algo que ela tem aprendido com a terapia.
Mãe 3	"O que eu sempre gostei e ainda gosto muito é de fazer atividade física [...] Eu deixo a Livia às 6h50 na escola. Como no meu condomínio tem uma academia, então, às 7h eu já estou me exercitando. [...] Deus é muito importante nesse momento. 'Olha, agora é o seguinte, aquele mundo que eu construí, na minha imaginação, algumas coisas, talvez, vão ser diferentes.'"	A mãe 3 encontra no autocuidado uma forma de manter a energia e a saúde mental, realizando atividades físicas regularmente e buscando força espiritual para lidar com as mudanças e desafios.
Mãe 4	"Antigamente eu conseguia fazer uma caminhada, ir ao shopping, tomar café com uma amiga e hoje, eu não consigo mais fazer nada disso. [...] Eu não consigo mais comprar um batom, por exemplo, um batom para que eu possa passar, me cuidar e me sentir bem. [...] O gasto de um autista é muito alto, é muito alto, principalmente se ele tem uma demanda grande."	A mãe 4 enfrenta dificuldades para manter o autocuidado devido à falta de tempo e recursos financeiros, mencionando como o custo associado ao cuidado de um filho com necessidades especiais limita suas opções de autocuidado.

Nota. Fonte: Viana (2024)

O Quadro 8 sobre Enfrentamentos e Sentido da Vida destaca como as mães atípicas encontram formas de lidar com os desafios diários e encontram sentido de vida nas suas experiências. Esses enfrentamentos são permeados pela busca contínua por melhorias e pela adaptação às situações, refletindo o sentido que as mães encontram em seu caráter de missão.

Quadro 8
Enfrentamentos e Sentido da Vida

Mãe	Fala	Inferência
Mãe 3	"Acho que houve muito estímulo e isso fez com que não impactasse tanto. [...] Eu comecei a falar abertamente desde o início: 'Olha, tem algo, é assim, e está tudo bem.' [...] Eu quero que ela tenha uma vida o mais normal possível, dentro das possibilidades dela. [...] Eu já estou preparando um processinho, junto com a terapia, descrevendo tudo o que ela toma, o custo, o que ela precisa e onde conseguir. [...] E a gente vai ao extremo, não é? Não precisa ser morte, eu posso ficar doente. [...] A Livia tem duas pastas catálogo: uma com toda a vida dela."	A mãe 3 se empenha em proporcionar uma vida normal e significativa para a filha, enfrentando desafios com resiliência. Ela se prepara para imprevistos e documenta tudo para garantir o futuro de sua filha. Além disso, ela valoriza as pequenas conquistas e o progresso contínuo.
Mãe 4	"Eu tive que enfrentar os meus medos. [...] também eu vejo a evolução dela que tem sido muito benéfica e muito grande. [...] Pela manhã, eu levanto e digo: 'Vamos, filha!' Ela acorda com um sorriso, aceita tudo muito bem, então isso acaba me fortalecendo para continuar, não é?"	A mãe 4 enfrenta seus medos e encontra força na evolução positiva de sua filha. A atitude positiva e a capacidade de adaptação da filha a ajudam a continuar a lutar e buscar melhorias contínuas para ela.

Nota. Fonte: Viana (2024)

8 DISCUSSÃO

Ao aplicar a perspectiva da Logoterapia e Análise Existencial Frankliana à maternidade atípica, busca-se não apenas compreender o impacto emocional e psicológico sobre as mães, mas também discutir como essas mulheres encontram sentidos e enfrentam os desafios únicos que surgem em suas vivências na maternidade atípica.

Antes de discutir cada categoria, é importante estabelecer um paralelo entre os achados da maternidade atípica e a teoria de Viktor Frankl, que foi testada nos campos de concentração e documentada em sua obra mais célebre, *Em Busca do Sentido da Vida*.

Frankl (2017) detalha três fases principais que os prisioneiros enfrentavam: estado de choque, apatia e distensão interior total. De maneira semelhante, as mães de crianças atípicas passam por vários estágios de luto ao receberem o diagnóstico (Nascimento & Coutinho, 2022). O luto experimentado no momento da notícia pode perdurar por toda a vida devido à "perda do filho idealizado". Negação, vergonha, sensação de sonhos destruídos, frustração, medo do futuro e insegurança são algumas das emoções vivenciadas por essas mulheres (Lima et al., 2020).

A fala da Mãe 4, ao expressar que "foi um pouco difícil porque a gente não aceita, não né? A gente não quer na verdade", reflete as fases iniciais do enfrentamento de um diagnóstico de maternidade atípica, como discutido por Nascimento e Coutinho (2022). A negação mencionada pela mãe alinha-se ao estado de choque emocional descrito por Viktor Frankl (2017), em que o diagnóstico de um filho neurodivergente pode ser inicialmente paralisante, provocando sentimentos de isolamento e dificuldades em aceitar a realidade.

Essa experiência se conecta diretamente com os resultados apresentados na análise da "dimensão Psicológica" (WHOQOL), que indicam uma qualidade de vida moderada a baixa, com uma média de 47,8 pontos. A variação dos escores e a concentração entre 20 e 60 pontos sugerem que muitos dos participantes enfrentam desafios psicológicos significativos. As mães de crianças atípicas, como a Mãe 4, está entre aquelas que apresentam escores mais baixos,

refletindo a baixa qualidade de vida e alto risco de saúde mental, como traz os resultados do SRQ-20 que cerca de 83,7% das participantes apresentaram escores iguais ou superiores a 7, o que sugere a presença de algum nível de sofrimento mental. Por outro lado, 16,3% obtiveram escores de até 6, indicando menor probabilidade de transtornos psicológicos. A pontuação média foi de 11,8 pontos, com um desvio padrão de 5,0. As pontuações variaram entre 0 e 20 pontos, com maior concentração de participantes na faixa de 10 a 17 pontos. (o SRQ-20 é um questionário de autorrelato composto por 20 perguntas, criado para identificar possíveis transtornos mentais comuns, como depressão, ansiedade e estresse, principalmente em contextos de saúde pública. A rejeição inicial, o choque e a tristeza (Smeha & Cezar, 2011) contribuem para esse desgaste psicológico.

A fala da Mãe 3 reflete os estágios emocionais que as mães de crianças atípicas enfrentam, destacando a "desconstrução" de expectativas idealizadas durante a gravidez e a dolorosa adaptação à nova realidade após o diagnóstico.

Essa desconstrução se alinha aos estágios de negação, raiva e barganha, descritos por Nascimento e Coutinho (2022), e assemelha-se à apatia observada em situações de grande sofrimento, conforme discutido por Frankl (2017). As mães, ao confrontarem o diagnóstico, precisam abandonar a imagem de um futuro idealizado para seus filhos e lidar com as limitações reais, o que pode desencadear sentimentos profundos de tristeza e perda, caracterizando a fase da depressão. A seguir, o depoimento da Mãe 3 que corrobora essa afirmação:

E, aí, é uma desconstrução daquela maternidade de quando você engravida. Durante a gestação você pensa: “Ah, vai ser assim... Ela vai ser a melhor aluna da sala. Com dois anos você projeta que ela vai falar inglês; ela vai fazer isso, ela vai fazer aquilo; ela vai nos lugares; ela vai comer tudo; ela não vai ter problema para dormir. Ela vai lá na

escola e volta, daqui 6 meses retorna ao pediatra.” Então, aquele mundo que a gente constrói na maternidade, quando chega o laudo se desconstrói. Aquilo, você desconstrói totalmente e vai para uma outra realidade. “Não, a realidade da xxx não vai ser essa. Eu não sei se ela vai falar; não sei se ela vai andar; não sei se ela vai comer de tudo. Não sei como será o sono dela.” (Mãe 3)

A Mãe 3 narra como durante a gestação criou expectativas perfeitas para sua filha: que ela seria a melhor aluna, falaria inglês e teria uma vida sem complicações. No entanto, o diagnóstico interrompeu bruscamente essa visão, forçando-a a encarar incertezas sobre o desenvolvimento da filha, tais como: se ela andaria, falaria ou teria padrões regulares de sono e alimentação. Esta "morte" do filho idealizado leva a um processo de luto, similar ao descrito por Smeha e Cezar (2011), onde as mães precisam reformular suas vidas e expectativas, adaptando-se às necessidades e desafios impostos pela maternidade atípica.

Esse processo de desconstrução pode ser acompanhado por uma fase de barganha, onde as mães tentam mentalmente renegociar as circunstâncias ou desejar que a realidade seja diferente. No entanto, com o tempo, elas percebem que não há garantias quanto ao futuro de seus filhos, o que frequentemente as leva à sensação de impotência e frustração.

Finalmente, a fase de aceitação (Nascimento & Coutinho, 2022) na maternidade atípica pode ser comparada ao estado de distensão interior total de Frankl (2017), onde a realidade é absorvida, mas acompanhada por uma sensação de irrealidade e um lento processo de adaptação. Tanto nos relatos de Frankl (2017) quanto na experiência das mães atípicas, de acordo com Nascimento e Coutinho (2022) há uma necessidade crucial de apoio psicológico para lidar com o intenso estresse emocional e encontrar um caminho para a aceitação e a integração da nova realidade em suas vidas. Os autores descrevem em sua pesquisa que com o tempo, muitas mães conseguem chegar a um estado de aceitação, onde começam a lidar com a

nova realidade e a buscar apoio e recursos para ajudar seus filhos e a si mesmas (Nascimento & Coutinho, 2022), assim como o relato desta mãe: “(...) aceitei tudo o que estava acontecendo, porque eu vi que ela tinha algo e tinha que ser descoberto, não é?”. (Mãe 3)

A seguir, a discussão dos dados quantitativos e qualitativos serão organizados em categorias para aprofundar sobre os fatores de risco, fatores de proteção e estratégias de enfrentamento na maternidade atípica à luz do referencial teórico escolhido.

8.1 Categoria 1: Desafios no Processo de Diagnóstico

O diagnóstico precoce dos transtornos do neurodesenvolvimento é crucial para um tratamento eficaz e para o desenvolvimento geral da criança (Souza, 2020). A identificação antecipada permite o encaminhamento imediato para tratamentos e terapias específicas, facilitando adaptações no contexto social, educacional e familiar (Souza, 2020). No entanto, diversos desafios dificultam esse processo diagnóstico, como as variações na apresentação clínica, a ausência de ferramentas de triagem padronizadas e a falta de familiaridade dos profissionais de saúde com os sinais precoces (Souza, 2020). Além disso, o diagnóstico pode ser complicado pela sobreposição de sintomas e a dificuldade em diferenciar entre os transtornos (Silva, 2023a), uma vez que ele se baseia principalmente na anamnese e nos critérios do DSM-V, o que o torna suscetível à subjetividade e a possíveis erros (Martinhago & Caponi, 2019).

Os relatos colhidos nas entrevistas desta pesquisa indicam que o processo de diagnóstico da criança com atipias é frequentemente demorado e complexo, com as mães enfrentando um período longo e árduo para obter um diagnóstico preciso, como vemos nas falas abaixo:

“Foi assim: do primeiro ao quarto aninho, como eu não tinha o laudo em mãos, mas eu sabia que havia alguma coisa errada, foram os piores quatro anos da minha vida e também do meu marido. Porque aí, acontecia que eu a levava numa festa e tinha que vir embora; eu a levava num almoço de família e tinha que vir embora. Ela não comia certas coisas e começou a querer me agredir. Ela quase não falava, e aquilo foi me dando uma angústia. A perninha dela não estava legal, ela não estava andando bem. Então, o ruim disso também era que as pessoas perguntavam para mim: “O que ela tem?” E eu respondia: “Eu não tenho essa resposta ainda, porque o diagnóstico não saiu.” A importância do diagnóstico estava atrelada, é claro, ter o laudo e ter o diagnóstico, era ter a resposta do que ela tinha, para eu poder correr atrás do que precisava ser feito. Então, como eu não tinha isso, eu ficava perdida. E eu ia em um pediatra, em outro; ia no psiquiatra, levando-a em todos os lugares”. (Mãe 3)

" Foi uma caminhada bem longa por conta de convênio que nós não tínhamos, assim como também não tínhamos esse suporte do SUS. Então, eu acabei optando em aderir um convênio só para ela, por isso tivemos essa demora”. (Mãe 4)

Esses depoimentos ilustram a realidade enfrentada por muitas mães, que são frequentemente as primeiras a intuir e identificar comportamentos atípicos em seus filhos. Essa intuição inicial leva-as a buscar ajuda profissional, mas também é acompanhada por uma série de sentimentos, incluindo ansiedade, desilusão e culpa (Smeha & Cezar, 2011). A fala da Mãe 3 destaca como esses primeiros sinais são cruciais para o entendimento da condição da criança: “Estes foram, então, os primeiros sinais que me alertaram e eu percebi que algo estava diferente, que havia algo estranho.”

Essa busca é um passo importante para entender e diferenciar comportamentos esperados dentro dos marcos de desenvolvimento aos comportamentos estereotipados. (Nascimento & Coutinho, 2022). Elas frequentemente são as primeiras a notar sinais de transtorno do espectro autista (TEA) e outros transtornos invasivos do desenvolvimento, embora o diagnóstico costume ocorrer mais tarde do que o ideal (Braga & Ávila, 2004).

A saúde mental das mães influencia significativamente o desenvolvimento infantil. (Tonetto & Barbieri, 2018). As entrevistas semi-dirigidas apontam que as mães que estão melhor na saúde mental e qualidade de vida, tendem a tomar iniciativa mais rápido em função do tratamento de seus filhos, do que aquelas que estão com a saúde mental e qualidade de vida comprometidas. O diagnóstico dos transtornos neuroatípicos podem gerar sentimento de perda e resistência à aceitação nas mães, impactando sua saúde mental e a dinâmica familiar (Biff et al., 2019).

O relato das mães apoia a hipótese de que o diagnóstico é demorado pela falta de recursos no sistema público de saúde. As mães mencionaram dificuldades significativas, como a demora na obtenção de um diagnóstico devido à inexperience de alguns profissionais e à necessidade de recorrer a planos de saúde privados para acelerar o processo.

Uma mãe descreveu sua experiência ao buscar ajuda: “Procurei primeiro a pediatra que atendia meu filho, e ela o encaminhou para uma psicóloga. Após a consulta, a psicóloga, que não era muito experiente, nos disse que era muito cedo para um diagnóstico” (Mãe 1).

Outras mães relataram:

“Ela começou a fazer os acompanhamentos normais somente com o pediatra, porém, ele dizia, que ela não tinha nada, não tinha absolutamente nada. O tempo foi passando e essas afirmações de que minha filha não tinha nada, foram me preocupando. O pediatra era muito bom, muito maduro, já com alguma idade e experiência, mas,

naquele momento, não teve a propriedade para dizer o que a minha filha realmente tinha”. (Mãe 3)

Foi em torno de um ano e seis meses, porque o primeiro ano eu tentei pelo SUS, não é? Mas não consegui, porque no SUS eu encontrei uma profissional que falou para ele: “Ah, eu vou te dar um presente se você fizer cocô e xixi no vaso.” E, aí, eu me senti muito ofendida por essa questão da profissional, porque ela não pediu nenhum tipo de exame. (Mãe 2)

A literatura confirma que a detecção precoce dos transtornos e/ ou neurodivergências é importante para a intervenção eficaz, mas muitas famílias encontram barreiras no acesso a serviços especializados (Daniels & Mandell, 2014). Segundo Pastorelli et al (2024) os desafios do diagnóstico revelam sofrimentos significativos enfrentados por mães de crianças neurodivergentes, incluindo estresse e depressão.

Deste modo, a abordagem da Logoterapia pode oferecer contribuições a partir de sua teoria cujo pensamento afirma que o sofrimento é uma parte essencial da vida e que encontrar sentido nele é fundamental (Silva, 2023a).

A intersecção entre a Logoterapia e os desafios do diagnóstico na maternidade atípica revela como a busca por significado pode transformar o sofrimento em um caminho de crescimento e autodescoberta. Frankl (2017) argumenta que, ao aceitar que o destino inclui sofrimento, o indivíduo deve encarar esse sofrimento como uma tarefa única e original. Essa perspectiva é relevante para as mães de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, que frequentemente enfrentam um longo e árduo caminho até um diagnóstico claro. Frankl (2016b) afirma que o sentido da vida pode ser encontrado mesmo diante do sofrimento, o qual não deve ser encarado como um obstáculo, mas como uma oportunidade para crescimento

pessoal. Ele propõe três maneiras principais para se descobrir o sentido da vida: 1) Realizar um trabalho significativo ou um ato com propósito; 2) Vivenciar algo ou encontrar alguém que traga significado; 3) Adotar uma atitude positiva em relação ao sofrimento inevitável.

Sendo assim, pode-se inferir que é possível as mães de crianças atípicas aliar seu sofrimento e encontrar sentido realizando os valores de criação e vivenciais como: engajamento em grupos de apoio, na busca de conhecimento e informações, na orientação parental entre outras atividades que possam contribuir para melhorar a própria qualidade de vida e de seu filho.

Já, os valores de atitude são particularmente relevantes quando se trata da aceitação das dificuldades e do sofrimento inerente à maternidade atípica. Frankl (2016a) enfatiza que a maneira como lidamos com situações inevitáveis pode abrir um leque de possibilidades de valor. Para muitas mães, isso pode significar a transformação da dor e da incerteza em oportunidades de crescimento pessoal. Aceitar o diagnóstico do filho e entender que o sofrimento não é um reflexo de falhas pessoais, mas uma parte da experiência humana, pode levar a uma reavaliação de suas próprias crenças e atitudes, promovendo resiliência e um senso de propósito e/ou missão.

A aplicação da teoria de Frankl no contexto da maternidade atípica, cujo destino, isto é, o que não é possível ser alterado, pode elucidar e aumentar a compreensão que o sofrimento enfrentado por essas mães não é apenas uma fonte de dor, mas também uma oportunidade para exercer valores e encontrar um sentido mais profundo e uma realização plena na vida.

Este entendimento pode contribuir na transformação do sofrimento em um caminho para o crescimento pessoal e para encontrar sentido, uma vez que para Frankl (2016b) a plenitude da vida, não está apenas no criar e desfrutar, mas também na capacidade de suportar e crescer através do sofrimento. Para muitas mães, o processo de aceitar o diagnóstico e de cuidar de um filho com desenvolvimento fora do esperado pode ser um caminho doloroso e

sofrido, contudo para outras a aceitação traz liberdade e crescimento, como é possível constatar na seguinte fala:

“Para mim o diagnóstico foi um alívio; muitas mães sentem como se fosse um luto, mas para mim foi um conforto, pois eu estava recebendo muita pressão da família. Diziam que o meu filho não estava se desenvolvendo por minha culpa, porque eu não estava cuidando direito dele, que eu não estava estimulando-o. Então, na época, o diagnóstico foi um alívio por poder saber que nada daquilo era culpa minha, e que ele tinha realmente um transtorno”. (Mãe 1)

8.2 Categoria 2: Desafios do Cotidiano

Os desafios enfrentados diariamente pelas mães incluem a necessidade de adaptar suas rotinas para acomodar as sensibilidades de seus filhos, resultando frequentemente em isolamento social e sobrecarga pessoal. (Sousa et al., 2023) Observa-se na fala das Mães 3 e 4 fatores de risco quando mencionaram a necessidade de interromper suas carreiras para cuidar dos filhos: “Só meu marido trabalha. [...] Para ela ter essa qualidade de vida, o primeiro desafio foi que eu tive que abrir mão de trabalhar fora.” (Mãe 3); “Hoje eu não trabalho. Precisei parar de trabalhar. Na minha casa quem trabalha é só o meu marido, então ele é o meu suporte financeiro. [...] (Mãe 4). Isso resulta em uma carga financeira e emocional que compromete a saúde mental dessas mães. Essa sobrecarga pode levar a níveis elevados de estresse e isolamento.

Pesquisas indicam que mães de crianças com Transtornos neurodivergentes enfrentam maiores desafios para se adaptar às necessidades de seus filhos do que as mães de filhos típicos (Oliveira et al., 2018; Sousa et al., 2023; Virgolim, 2021). A Mãe 2 destaca a ausência de

acompanhamento adequado para lidar com a ecolalia e as estereotípias do filho. A falta de terapias e serviços adequados agrava a situação.

Mães de crianças com atípias frequentemente apresentam dificuldades no desempenho ocupacional, particularmente em produtividade, autocuidado e atividades de lazer (Roiz & Figueiredo, 2023). Este aspecto está de acordo com a hipótese de que na maternidade atípica, enfrentam-se desafios expressivos em diversas áreas, como: educação, saúde e aceitação social. As Mães 3 e 4 enfrentam dificuldades econômicas após abandonarem seus empregos para cuidar dos filhos, especialmente quando se deparam com custos adicionais, como alimentação específica, o que aumenta o estresse e a vulnerabilidade familiar.

A Mãe 2, que também é portadora do espectro autista, demonstra uma percepção clara dos desafios que enfrenta com seu filho e ilustra bem essa dificuldade ao afirmar: “Eu também sou portadora do espectro autista, então para mim já é difícil ensinar as regras sociais, as questões de certo e errado, as regras que a gente tem que ter no dia a dia para a convivência em sociedade.”

Ela acrescenta que um dos maiores desafios é garantir que seu filho não perca sua essência ao tentar se adaptar às normas sociais, dizendo: “São muitos desafios que a gente tem para poder ensinar sem cortar a essência dele, sem que ele entre em um *masking*⁶, por exemplo, e monte um personagem que, para ele no futuro, pode ser ruim” (Mãe 2).

As mães de crianças atípicas precisam frequentemente reorganizar vários aspectos de suas vidas, incluindo as esferas profissionais, financeiras, acadêmicas, pessoais e conjugais (Prychodco & Bittencourt, 2022).

⁶ O termo *masking* refere-se às estratégias usadas, por pessoas com autismo, para disfarçar ou camuflar comportamentos típicos do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Essas estratégias visam ocultar características autistas a fim de se ajustar e atender às expectativas sociais dos ambientes em que estão inseridas. Pessoas que praticam *masking* podem suprimir comportamentos naturais, como estereotípias ou dificuldades de interação social, imitando comportamentos socialmente aceitos, o que pode ser mentalmente exaustivo e levar ao aumento de estresse e ansiedade (Magnani & Rückert, 2021).

Deste modo, observa-se outro exemplo de uma mãe que compartilha a dificuldade de introduzir sua filha á novas experiências, como viagens, e revela como essa tentativa foi desgastante: “Quando chegamos a primeira vez, ela grudou na parede: ‘Não, eu vou embora, eu vou embora. Eu não quero, eu não quero’” (Mãe 3).

Apesar da resistência inicial, a persistência e paciência da mãe resultaram em uma experiência positiva para a filha: “*Foi uma viagem bem difícil para ela, mas ela adorou no fim.*” (Mãe 3). Essa experiência exemplifica como as mães precisam adaptar suas abordagens para atender às necessidades específicas de seus filhos, respeitando seu tempo e limites. Diante deste contexto, pode-se inferir que no caso da Mãe 3, existe a apropriação de conhecimento e orientação parental, que incide como um fator de proteção, sendo importante recordar que esta mãe teve em seus resultados do SRQ e Whoqol-bref positivos para alto índice de qualidade de vida e baixos riscos de doença mental.

No entanto, para outras mães a adaptação a essa nova realidade, dos desafios do cotidiano, frequentemente levam ao isolamento social, conforme relatado por uma mãe: “Acabei me afastando de muitas pessoas, porque não entendem, não conhecem, então são desafios que vão aparecendo todos os dias.” (Mãe 4). Esse isolamento pode não apenas afetar a mãe emocionalmente, mas também limita as oportunidades de socialização e desenvolvimento para a criança.

Assim, pode-se afirmar que a maternidade atípica impõe às mães, um mundo cheio de limitações e desconhecimentos, tanto para a criança quanto para si mesmas. Quando um membro da família tem uma condição neurológica, os familiares experimentam um círculo de emoções, principalmente o medo de não conseguir suprir todas as necessidades do ente querido, de este sofrer preconceito ou de nunca alcançar independência (Kintope & Borges 2020).

Diante das circunstâncias da vida e dos desafios do cotidiano a Logoterapia oferece em sua teoria a responsabilidade pessoal e a capacidade de escolha como elementos para superação

e esperança, isto é, “dependendo da atitude que se escolhe ter, o ser humano é capaz de encontrar e realizar sentido até mesmo numa situação desesperadora, sem saída” (Frankl, 2011, p. 96-97). Este conceito é particularmente relevante para mães que lidam com as complexidades de criar filhos com neurodivergência, onde o sofrimento pode parecer avassalador e as soluções muitas vezes não são evidentes.

Frankl (2011) enfatiza que, apesar das limitações impostas pelas condições biológicas, psicológicas e sociológicas, o ser humano possui a capacidade de escolher sua atitude frente a essas conjunturas. Embora as condições externas influenciem o ser humano, elas não o definem completamente, pois o condicionam, mas não o constituem integralmente (Frankl, 2019). Tal afirmação denota estratégias de enfrentamento realizada pela Mãe 2 que continua procurando acompanhamento para lidar com as dificuldades do filho, demonstrando uma estratégia ativa de enfrentamento, mesmo que os recursos não sejam facilmente acessíveis.

As mães de crianças atípicas, ao enfrentarem barreiras como a burocracia dos Sistemas de Saúde e o isolamento social, podem utilizar essa liberdade interior para adotar uma atitude construtiva e resiliente. Ao reconhecer que têm a capacidade de escolher como responder às adversidades, elas podem encontrar formas de lidar com o estresse e a frustração de maneira que mantenham seu bem-estar e promovam uma vida com sentido para si e despertando a busca deste sentido para seus filhos. Assim, é possível encontrar na fala da Mãe 3 adaptações às novas realidades, ainda que tenha havido impacto financeiro e profissional com o advento da maternidade atípica, ela aceita essa nova realidade, modulando sua vida à necessidade de estar presente para a filha. Esse comportamento mostra um enfrentamento baseado na aceitação e adaptação.

A teoria da Logoterapia e Análise Existencial Frankliana propõe que a busca por sentido é parte da condição humana em qualquer situação. (Frankl, 2011). Por isso é essencial aprender e ensinar às pessoas em meio ao desespero que o mais importante não é o que ainda esperamos

da vida, mas o que a vida espera de nós (Frankl, 2011). Na realidade da maternidade atípica, isso pode significar que as mães, ao direcionarem com responsabilidade, no conceito explicado, sua atenção para o futuro e para as necessidades de seus filhos, podem transformar suas experiências desafiadoras em oportunidades de criar valores e encontrar sentido na vida. Por exemplo, ao lutar por terapias e apoio adequado para seus filhos, elas não apenas buscam melhorias concretas, mas também realizam um propósito maior de garantir o melhor desenvolvimento possível para eles.

8.3 Categoria 3 - Recursos e Suporte – Rede de Apoio

Smeha e Cezar (2011) destacam que a qualidade da assistência prestada por redes de apoio pode aliviar o sofrimento das mães de crianças atípicas, tornando-as mais autoconfiantes na criação dos filhos. Os autores defendem a importância de instruções específicas para essas mães, oferecendo espaços onde possam compartilhar vivências, dores e incertezas, aliviando suas angústias. Essas redes de apoio podem incluir grupos informativos, de trocas de experiências, de orientações e atendimentos individuais, mediados por profissionais da psicologia, contribuindo para a saúde mental dos pais e facilitando o enfrentamento das dificuldades.

A análise dos dados revela achados importantes em relação as redes de apoio na vida das mães de crianças atípicas, destacando tanto sua relevância quanto as lacunas existentes. Aproximadamente 66% dos participantes afirmaram frequentar grupos de apoio, o que reflete a importância dessas redes no enfrentamento dos desafios cotidianos. Esse dado está alinhado com a prevalência de busca por apoio, o que é significativo (61,4%), demonstrando que muitas mães confirmam a necessidade de suporte para lidar com suas responsabilidades.

Entretanto, um dado preocupante é que cerca de 29,5% das mães relataram que nunca receberam apoio, o que pode intensificar o isolamento e o sofrimento emocional dessas mulheres. Além disso, apenas 26,8% afirmaram ter suporte adequado, enquanto a maioria (54,2%) disse contar com um suporte apenas parcial, observando que, embora existam redes de apoio, elas nem sempre atendem completamente às necessidades dessas famílias.

Esses resultados indicam que o suporte social não apenas atenua as dificuldades enfrentadas pelas mães, mas também está associado a uma melhoria na percepção de bem-estar. A presença de uma rede de apoio eficaz pode ser fundamental para lidar com as demandas emocionais e práticas da maternidade atípica, pois pode promover melhorias na qualidade de vida e na saúde mental.

A Mãe 1 relata a dificuldade de encontrar profissionais avançados para atender seu filho, além de enfrentar desafios na inclusão escolar. Essa realidade está em consonância com os 90,9% dos participantes que relatam dificuldades no cotidiano, principalmente em aspectos educacionais e terapêuticos. A falta de suporte terapêutico adequado (apenas 26,8% dos participantes afirmaram acesso a terapias psicológicas e ocupacionais) é evidenciada quando a Mãe 1 menciona que precisou estudar por conta própria e estimular o filho em casa, refletindo uma rede de apoio terapêutico limitado:

“Também enfrento o desafio, principalmente, com a inclusão escolar, ou seja, a real inclusão onde ele conseguisse fazer todas as atividades sempre foi muito difícil. [...] eu não consegui terapeutas qualificadas e o tempo suficiente de terapia que ele precisava, por isso eu passei a estudar e estimulá-lo em casa mesmo, sozinha. [...] Atualmente o meu filho não faz nenhum tipo de terapia; os estímulos que ele teve, basicamente, foram só os que eu dei a ele”. (Mãe 1)

A prevalência de busca por apoio profissional também é relevante, com o psicólogo sendo o mais procurado (34,6%), acompanhado por médicos especialistas (28,8%). No entanto, 20,3% dos participantes não procuraram nenhum tipo de apoio profissional, o que pode indicar barreiras de acesso ou desconhecimento sobre a importância desse tipo de suporte.

Em relação ao suporte terapêutico, observa-se que a terapia psicológica (26,8%) e a terapia ocupacional (20,3%) são as mais recorrentes, mas ainda assim 18,3% das mães não têm nenhum tipo de suporte terapêutico, destacando a necessidade de ampliar o acesso a esses serviços.

Outro dado relevante é o auxílio financeiro, que apenas 19% dos participantes recebem, evidenciando a sobrecarga financeira que muitas famílias enfrentam ao lidar com as necessidades específicas de uma criança neurodivergente.

A Mãe 2 enfatiza as barreiras financeiras para obter suporte, a dependência de ajuda externa, muitas vezes privada, e a dificuldade de acesso aos benefícios públicos, como o BPC⁷, também são mencionadas por ela. Esse cenário revela a precariedade das políticas públicas externas para as mães de crianças neurodivergentes, algo que é reforçado nos dados quantitativos, onde 81% das participantes afirmaram não ter nenhum suporte financeiro. Além disso, a Mãe 2 aponta a ausência de apoio formal, um problema presente para cerca de 20,3% dos participantes que não buscaram nenhum tipo de acompanhamento apoio profissional:

"Poderia ter esse amparo, mas nós não temos acompanhamento adequado, então tudo tem que ser pago, nada é gratuito, até mesmo a questão do BPC Loas foi através de advogado. [...] São vários desafios, tanto em questão de saúde, de educação, de segurança. [...]. (Mãe 2)

⁷ Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), mais conhecido como BPC Loas, pode ser solicitado por pessoas diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). (Instituto Nacional do Seguro Social, n.d.)

Já a Mãe 3 destaca o isolamento social e a rede de apoio restrita, limitada a outras mães em situações semelhantes. Isso reflete o dado de que 61,4% dos participantes buscam algum tipo de apoio, mas ainda enfrentam dificuldades em construir uma rede ampla e funcional. A falta de apoio institucional, é comprovada quando uma creche nega o atendimento à filha dessa mãe, demonstrando assim, como existem lacunas no sistema de suporte educacional e com há necessidade de intervenções mais eficazes.

"Então, a creche disse: 'Porque você não cuida dela, ela não tem como ficar aqui.' [...]
Eu não tenho vida noturna. [...] A rede de apoio eu tenho na terapia da XX, são as mães de lá. [...] Eu diria que são apenas duas ou três pessoas que fazem parte da minha rede de apoio". (Mãe 3)

A Mãe 4 também reflete sobre a sobrecarga emocional e financeira, temas que surgem no dado de que apenas 26,8% consideram ter suporte adequado. Ela menciona o apoio psicológico recebido durante a terapia da filha, o que ressalta a importância do suporte profissional – um dado refletido em 34,6% dos participantes que procuraram psicólogos. No entanto, sua preocupação com a falta de proteção financeira e a impossibilidade de pagar contribuições sociais evidencia a precariedade econômica enfrentada por muitas dessas mães, algo que é mencionado por 90,9% dos participantes que relatam dificuldades no cotidiano.

Essas falas das mães entrevistadas, integradas aos dados quantitativos podem ser discutidas a partir do conceito do segundo pilar da Logoterapia que é a vontade de sentido. Segundo Frankl (2011), o ser humano é movido pela busca por um propósito maior, uma razão de ser que transcende suas necessidades. Essa autotranscendência, ou seja, a capacidade de se conectar a algo além de si mesmo, é crucial para a construção de sentido em meio ao

sofrimento, e oferece uma contribuição para compreender a maternidade atípica e a importância das redes de apoio.

Nos relatos das mães e nos dados quantitativos verificados, vemos que muitos desafios significativos, como a falta de apoio adequado (apenas 26,8% declaram ter suporte adequado), dificuldades financeiras (apenas 19% recebem ajuda financeira) e ausência de terapias comprometidas. Diante desse cenário de precariedade, a Logoterapia sugere que a busca pelo sentido pode transformar essas experiências de adversidade em um caminho para a realização pessoal, não pela eliminação do sofrimento, mas pela forma como as mães lidam com ele.

É válido ressaltar que no contexto das mães entrevistadas, somente uma (Mãe 1) consegue manter o emprego, por meio período, as demais precisaram deixar os empregos para dedicar-se integralmente ao cuidado dos filhos, isto corrobora, com o estudo de Luna et al. (2023) que coletou dados por meio de entrevistas semiestruturadas com mães de crianças com autismo, realizadas em um ambiente tranquilo enquanto aguardavam seus filhos em sessões terapêuticas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e comprovadas, com uma amostra não probabilística e intencional, totalizando 16 mães da rede privada e 13 da rede pública, sendo encerradas por saturação teórica. As mães destacaram a rede de apoio como fundamental para lidar com as demandas diárias, embora muitas vezes se sentissem sobrecarregadas e como principais responsáveis pelos cuidados dos filhos. A necessidade de dividir responsabilidades foi um tema recorrente, com algumas mães adaptando seus horários de trabalho ou abandonando suas carreiras para se dedicarem ao cuidado.

De acordo com a teoria da Logoterapia, o trabalho é uma dimensão essencial da vida humana, sendo um meio para alcançar autorrealização e propósito existencial (Frankl, 2017). Quando uma mãe com criança atípica, por circunstâncias de dedicação ao filho, precisa deixar seu emprego, ela pode enfrentar uma crise de sentido, pois o trabalho, na perspectiva da

Logoterapia, é também uma expressão de valores criativos e autotranscendência, que permite ao indivíduo realizar-se ao contribuir para algo maior (Frankl, 2016a).

Na maternidade atípica, o abandono do trabalho reflete em uma ruptura não apenas econômica, mas também existencial. O trabalho, segundo Frankl (2016a), transcende o sustento material, sendo uma das principais esferas em que o ser humano exerce sua responsabilidade em encontrar sentido (Van Wingerden & Van der Stoep, 2018). No entanto, vale ressaltar que o trabalho nem sempre precisa ser remunerado para ser fonte de sentido. Pode-se sugerir, de acordo com a teoria da Logoterapia, que a dedicação aos filhos também pode ser transformada em um valor de criação, em que o cuidado diário, as lutas e o esforço dedicado à formação dos filhos se tornam uma maneira de expressar valores criativos. Assim, mesmo sem pagamentos financeiros, o exercício desse valor pode trazer sentido e realização à vida da mãe.

Para essas mães, a tarefa integral aos filhos pode, por um lado, trazer novo sentido baseado na missão de cuidar, mas, por outro, pode gerar uma crise de identidade e propósito se o sacrifício de suas aspirações pessoais e profissionais for interpretado como uma perda. Contudo, Frankl (2016a) ressalta que o trabalho, incluindo o não remunerado, oferece uma forma de autotranscendência, na qual o indivíduo se realiza plenamente ao se dedicar a algo ou alguém além de si mesmo. No contexto da maternidade atípica, esse princípio se manifesta quando as mães concentram seus esforços no cuidado dos filhos, abdicando muitas vezes de suas próprias metas. Se essa dedicação for confiável como uma contribuição significativa, tanto no contexto familiar quanto social, o sentido pode ser encontrado, pois elas passam a enxergar o cuidado como uma missão que transcende o material e o indivíduo.

Por outro lado, a falta de apoio e reconhecimento social pode levar ao esgotamento emocional e à sensação de alienação, especialmente quando o cuidado integral é visto como uma imposição sem valor. Portanto, a Logoterapia pode oferecer um caminho para busca de sentido dessa experiência, auxiliando as mães a enxergarem o cuidado com seus filhos não

apenas como uma renúncia, mas como uma nova forma de missão. A dedicação a essa missão pode ser vista como uma oportunidade de autotranscendência e de encontro com o sentido de vida, mesmo diante dos desafios pelo estigma social e pela invisibilidade.

Deste modo, a autotranscendência se manifesta quando as mães, mesmo diante de condições adversárias, se dedicam ao cuidado dos filhos, como apresentado nos relatos qualitativos. A Mãe 1, por exemplo, menciona que, diante da ausência de terapeutas, passou a estudar e estimular seu filho sozinha. Esse comportamento reflete a capacidade de transcender a própria frustração e limitações pessoais, buscando sentido no cuidado do filho, que, para ela, se tornou um propósito maior. Essa atitude está diretamente relacionada à ideia de Frankl (2011) de que a verdadeira satisfação surge da dedicação a algo além do eu, neste caso, o bem-estar e o desenvolvimento da criança. É importante constatar que a Mãe 1 teve resultado positivo nos índices de saúde mental e qualidade de vida, pode-se desta forma inferir que a autotranscendência seja fator de proteção para a maternidade atípica.

As redes de apoio, quando efetivadas, servem como uma plataforma para que as mães possam vivenciar a uma melhor qualidade de vida, isto é possível, também de forma coletiva. Os grupos de apoio (66% das mães frequentam algum tipo de grupo), terapias psicológicas (26,8%) e os relacionamentos interpessoais com outras mães atípicas, como relatado pela Mãe 2, proporcionam um espaço onde elas podem compartilhar suas vivências, dores e lutas. Esse compartilhamento permite que as mães transcendam suas próprias experiências individuais ao se conectarem com outras pessoas que passam por desafios semelhantes.

Para Frankl (2011), o sentido da vida muitas vezes é encontrado ao nos voltarmos para o outro, seja no cuidado ou na solidariedade. A construção de redes de apoio entre mães de crianças neurodivergentes pode ser entendida como um processo de autotranscendência coletiva, no qual as mães encontram força e propósito no apoio mútuo. Ao ajudar umas às

outras, elas não apenas mitigam suas próprias dores, mas também criam um ambiente de suporte que transcende as limitações individuais.

Frankl (2011) critica a visão tradicional de que a felicidade deve ser o objetivo principal da vida humana, argumentando que o verdadeiro sentido surge quando o indivíduo se descentra de suas próprias necessidades e se compromete com algo maior. Essa ideia é especialmente relevante no contexto da maternidade atípica, onde uma sobrecarga emocional e física, somada à falta de suporte, pode facilmente levar ao esgotamento.

A Mãe 3, por exemplo, relata o isolamento e a falta de apoio, descrevendo que a responsabilidade pelo cuidado da filha limita sua vida social e pessoal. No entanto, a Logoterapia sugere que, ao assumir essa responsabilidade como um propósito, o sofrimento inerente a essas situações pode ser reformulado. A mãe pode encontrar realização ao ver seu papel como algo essencial não apenas para o bem-estar da filha, mas como parte de um propósito maior na vida, o que permite que o fardo do cuidado seja modificado em uma escolha de tornar-se um ato de amor e dedicação.

A ideia de que a busca pelo sentido é uma força motriz que orienta as ações humanas (Pereira, 2007) pode-se aplicar ao contexto da maternidade atípica em relação à falta de suporte adequado. As mães, ao se depararem com a ausência de terapias, apoio financeiro ou escolar, conforme indicado pelos dados, podem sentir-se desamparadas. No entanto, ao buscarem um sentido maior em suas lutas, elas podem transformar essas dificuldades em oportunidades de crescimento e realização.

A Mãe 4, que expressa preocupações sobre a falta de suporte caso ela adoeca, enfrenta desafios financeiros e emocionais. Contudo, ao considerar que seu esforço diário em cuidar dos filhos faz parte de um propósito maior, ela pode encontrar forças para continuar. A Logoterapia, nesse caso, oferece uma visão que não ignora o sofrimento, mas o coloca em um contexto no qual em que ele pode ser transformado em sentido de vida.

Sendo assim, a realidade apresentada destaca a importância de fortalecer as redes de apoio e ampliar o acesso a Serviços de Saúde, educação e suporte financeiro para garantir uma melhor qualidade de vida para as mães e suas crianças neurodivergentes. A insuficiência desses suportes exige uma atenção maior de políticas públicas e iniciativas inovadoras que atendam as demandas da maternidade atípica.

8.4 Categoria 4 - Impacto na Saúde Mental

A maternidade atípica tem um impacto profundo na saúde mental e bem-estar emocional das mães, que frequentemente se negligenciam seu próprio bem-estar devido às demandas contínuas do cuidado com seus filhos.

Os resultados do Whoqol Breaf apontam que a dimensão da Saúde apresenta uma média mais baixa, o que pode indicar uma área de maior vulnerabilidade e necessidade de intervenção. Já os resultados obtidos a partir do SRQ-20 indicam um quadro preocupante em relação à saúde mental das participantes da pesquisa.

A classificação dos resultados revela que 83,7% das participantes obtiveram pontuações iguais ou superiores a 7, o que sugere uma alta prevalência de possíveis transtornos mentais na amostra. Esse dado evidencia que a maioria das mães provavelmente estão enfrentando problemas relacionados à saúde mental, o que exige uma atenção mais profunda, principalmente no contexto da maternidade atípica, onde as demandas emocionais e físicas são intensificadas. Uma minoria das participantes (16,3%) apresentou pontuações inferiores a 7, o que indica um número relativamente pequeno de mães com níveis mais baixos de sofrimento psicológico.

A média das pontuações foi de 11,8 pontos, o que reforça a ideia de que os participantes, em geral, apresentam sintomas experimentais de sofrimento psíquico. O desvio padrão de 5,0

mostra uma variação especial nas pontuações, exceto que algumas mães têm níveis de sofrimento muito mais altos do que outras, com uma distribuição ampla que vai de 0 a 20 pontos.

O histograma e o boxplot apontam uma concentração maior de pontuações entre 10 e 17 pontos, indicando que um número expressivo de participantes se encontra em uma zona de risco ainda mais alta, ultrapassando a média e confirmando a gravidade do estado emocional dessas mães. A presença de pontuações mais elevadas, como o máximo de 20 pontos, reforça que uma parte das participantes está em níveis extremos de sofrimento, o que exige uma intervenção rápida e eficaz.

Esses resultados, quando contextualizados com as particularidades da maternidade atípica, indicam que o papel extenuante e as dificuldades no cuidado de crianças com necessidades especiais têm um impacto profundo na saúde mental das mães. O alto índice de transtornos mentais comuns sugere que essas mães estão sobrecarregadas, possivelmente devido à falta de suporte adequado, como mencionado anteriormente, tanto financeiro quanto emocional, e à pressão de lidar com a inclusão escolar e a ausência de terapias especializadas, como destacado nos relatos qualitativos das mães.

A média de pontuações elevadas no SRQ-20 também sugere que essas mães não estão apenas enfrentando dificuldades cotidianas, mas uma luta contínua para equilibrar as demandas da maternidade e os desafios emocionais que acompanham o cuidado de uma criança atípica. Essa realidade aponta para a necessidade de intervenções mais direcionadas, como o fortalecimento das redes de apoio e a disponibilização de acompanhamento psicológico e terapêutico, que são escassos para muitas delas.

A saúde mental das mães de crianças atípicas emerge como uma questão na análise dos relatos e estudos recentes sobre a maternidade atípica. Pastorelli, Viana & Benincasa (2024) destacam que mães de crianças neurodivergentes, como as que lidam com autismo ou

transtornos do neurodesenvolvimento, enfrentam níveis significativamente mais altos de estresse e depressão quando comparadas às mães de crianças neurotípicas. Esses achados são reforçados pelas entrevistas semi-dirigidas realizadas, que dão voz a essas mulheres e expõem a intensidade de suas vivências emocionais:

“O impacto da maternidade atípica é muito estressante. Hoje em dia nem tanto, porque o meu filho já melhorou muito com todo o tratamento que nós fizemos. Mas no início era muito estressante e eu vivia esgotada, principalmente durante as crises que ele tinha e os distúrbios do sono. Eu também não dormia, não sabia o que era ter uma hora consecutiva de sono, então eu vivia fatigada, num estado de estresse muito grande”. (Mãe 1)

“E eu percebo que a questão da maternidade atípica mexe muito nessa parte da saúde mental. Não temos esse amparo. Logo, a gente não se prioriza porque acha besteira, porque temos que priorizar o outro. Sempre o outro”. (Mãe 2)

O relato da Mãe 1 elucida como o início do diagnóstico, marcado por crises e distúrbios do sono do filho, levou-a a um profundo esgotamento e privação de sono, culminando em um estado crônico de fadiga e estresse. O impacto do cuidado integral, que muitas vezes exclui a mãe da possibilidade de descanso ou autocuidado, é uma realidade compartilhada por muitas. Além disso, a Mãe 2 reflete sobre a negligência com a própria saúde mental, enfatizando como o foco exclusivo no outro — no filho — é visto como uma necessidade, deixando-se em segundo plano, sem espaço para priorizar suas próprias necessidades emocionais ou físicas. Este contexto aponta para um aspecto importante: a falta de amparo social e o autocuidado negligenciado.

Esses depoimentos são apoiados por Lima et al. (2023), que identificam as mães de crianças atípicas como um grupo vulnerável, com saúde mental comprometida, restrições de autocuidado, participação social limitada e dificuldades em conciliar trabalho e cuidados com os filhos. As consequências são graves: ansiedade elevada, privação de sono, tristeza e sentimentos de desesperança. Além disso, há um impacto significativo nas relações sociais, como ilustra o relato da Mãe 4 que se sente excluída de interações sociais e evita até mesmo encontrar amigos, por achar que sua realidade de cuidar de um filho com autismo pode ser considerada "chata" pelos outros.

“Antigamente eu conseguia fazer uma caminhada, ir ao shopping, tomar café com uma amiga e hoje, eu não consigo mais fazer nada disso. Primeiro, porque eu não tenho com quem deixar as crianças e segundo sobre quais assuntos eu vou falar? Eu só falo de autismo, não é? Eu só falo sobre a minha realidade e nem todo mundo entende, então para não ser chata eu também acabo me excluindo, não é?”. (Mãe 4)

Mulheres com filhos com necessidades especiais experimentam sentimentos diferentes de si mesmas e inseguranças nas relações sociais. Medo pela segurança dos filhos e a intensidade dos cuidados são preocupações constantes. Compreender essas percepções existenciais dentro da maternidade atípica pode ajudar a traçar estratégias de cuidado, buscando sentidos e desvelando significados para um melhor enfrentamento vivencial. (Lima et al., 2023)

O excesso de responsabilidades cotidianas, como é descrita por Maia e Muner (2024), é uma causa recorrente do estresse nessas mães. Além do cuidado intensivo com os filhos, a falta de apoio familiar e a monoparentalidade acentuam essa pressão, afetando diretamente o bem-estar emocional e psicológico das mães. Observa-se que a ausência desse apoio faz com que muitas mães assumam integralmente as responsabilidades pelos cuidados dos filhos,

exacerbando o estresse e a sensação de exaustão. Além disso, para aquelas que são as únicas responsáveis pelo sustento financeiro e pelos cuidados da criança, a carga é ainda maior, pois precisam conciliar as demandas da maternidade com o trabalho remunerado, o que cria uma jornada dupla.

Os relatos das mães entrevistadas exemplificam essa realidade. A Mãe 2 menciona como a maternidade atípica é "duas vezes mais difícil", destacando a pressão para dar conta de todas as responsabilidades e as cobranças sociais em torno da "mãe perfeita." Mesmo com uma rede de apoio, essas mulheres se sentem responsáveis por tudo, o que amplifica sua sensação de esgotamento. A Mãe 4 reforça essa sensação, descrevendo momentos em que se sente incapaz de lidar com o peso das responsabilidades, chegando a se "desligar" de tudo para chorar e tentar se restabelecer. Esses momentos de colapso emocional são indicativos do impacto do estresse crônico na saúde mental dessas mães, que muitas vezes não encontram tempo para cuidar de si mesmas.

“A maternidade em si já é pesada. A gente já é cobrada para ser uma mãe perfeita, somos cobradas para dar conta de tudo, não é? A maternidade já é difícil, e a maternidade atípica é duas vezes mais difícil, porque você pode ter uma rede de apoio, mas é você que tem que fazer as coisas”. (Mãe 2)

“E assim, a gente tem muitas barreiras mesmo, têm dias que são bem pesados, bem difíceis. Então eu penso: “Nossa! hoje eu não vou dar conta”. (Mãe 4)

A comunicação dificultada com as crianças, que muitas vezes apresentam limitações na interação, é outro fator estressante para essas mães, afetando não apenas suas rotinas diárias, mas também a qualidade de vida e as relações familiares. A Mãe 2 menciona como a

maternidade atípica afeta diretamente a saúde mental, ressaltando a ausência de amparo e o fato de que as mães acabam sempre priorizando o outro, relegando suas próprias necessidades. Essa dinâmica gera um ciclo de sobrecarga, no qual o estresse materno impacta diretamente a qualidade do cuidado oferecido à criança, o que pode prejudicar seu desenvolvimento e, por sua vez, aumentar ainda mais o estresse da mãe.

Esse excesso de demandas e responsabilidades, quando prolongada, pode levar a um isolamento social significativo, como descrito nos relatos, em que as mães evitam interações por não encontrarem espaço para compartilhar suas realidades ou por medo de serem mal compreendidas. Essa desconexão social agrava o estresse emocional e psicológico, resultando em uma deterioração geral da qualidade de vida. A maternidade, que já é exigente, se torna uma experiência ainda mais desafiadora quando somada às dificuldades e pressões da maternidade atípica, conforme relatado.

“A sobrecarga é muito grande, muito grande mesmo. Tem dia que eu me entrego, para falar a verdade, sabe? Eu penso: “Não, eu não dou conta, eu não sou forte o suficiente”
Aí eu me entrego, eu os deixo na escola, envio uma mensagem para o meu marido e digo: “Está todo mundo na escola, agora eu vou desligar aqui um pouquinho”, e aí eu desligo tudo e me deito. Às vezes, eu choro mesmo, choro muito, e até eu me restabelecer, eu deixo a casa de lado, com um monte de coisas para fazer, mas eu deixo lá, abandono tudo, porque não é fácil, a gente não tem tempo para respirar, eu não consigo mais fazer nada”. (Mãe 4)

“E eu percebo que a questão da maternidade atípica mexe muito nessa parte da saúde mental. Não temos esse amparo. Logo, a gente não se prioriza porque acha besteira, porque temos que priorizar o outro. Sempre o outro”. (Mãe 2)

Diante desses desafios, é possível inserir a perspectiva existencial e logoterapêutica, como propõe Frankl (2011), podendo ser interpretadas através da lente do vazio existencial. Enfatizar a busca de sentido em meio ao sofrimento, sugerindo que o estresse e a sobrecarga emocional da maternidade atípica podem ser enfrentados com mais resiliência quando se descobre um propósito maior.

O vazio existencial, que é como uma sensação de falta de propósito ou sentido na vida, muitas vezes manifestada como tédio e indiferença (Frankl, 2011). Sendo assim, é possível sugerir que diante das demandas e das dificuldades já citadas pelas mães com filhos neurodivergentes e os resultados da pesquisa quantitativa exposta pode haver perda de sentido de vida na realidade vivenciada pelas mães, culminando em um vazio existencial.

As mães enfrentam uma realidade em que a sobrecarga constante e a falta de suporte criam um ambiente propício para o surgimento de sentimentos de inutilidade e falta de propósito. A teoria da Logoterapia e Análise Existencial Frankliana sugere que a ausência de um sentido claro e de referências para o que é significativo pode levar a uma percepção de vida sem valor, o que se alinha com o sofrimento relatado pelas mães.

O vácuo existencial pode levar ao conformismo ou ao totalitarismo, onde o indivíduo simplesmente segue o que os outros fazem ou o que é imposto (Frankl, 2005). No contexto das mães, isso pode se manifestar na forma de uma adaptação passiva às demandas impostas pela maternidade atípica, sem a capacidade de encontrar um sentido mais profundo ou pessoal na experiência. As mães sentem que estão simplesmente "cumprindo a função", sem uma conexão significativa com suas próprias necessidades e valores pessoais, conformadas com a imposição da mãe idealizada e/ou realizando o que todos esperam dela, sem ao menos questionar ou se posicionar diante de seus próprios limites.

A busca pelo sentido é central para esta teoria e pode oferecer uma reflexão e uma abordagem para ajudar essas mães a enfrentarem o vazio existencial. Encontrar e realizar um

propósito significativo pode ajudar a superar esse vazio (Frankl, 2017). Para as mães, isso pode significar buscar formas de se envolver em atividades que proporcionem um sentido mais profundo à sua experiência. Programas de apoio que integram a Logoterapia podem ajudar essas mães a explorarem e encontrar sentido em suas vidas, mesmo em meio às dificuldades.

A autotranscendência pode ser uma forma eficaz de lidar com o vazio existencial. Ao se conectar a algo maior do que o eu pessoal, como o bem-estar de seus filhos ou a contribuição para a comunidade, as pessoas podem encontrar um sentido mais profundo em suas vidas (Frankl, 2011). Para as mães de crianças atípicas, isso pode envolver a busca de suporte que permita que elas se envolvam em atividades que proporcionem realização pessoal e social, além de cuidar de seus filhos.

8.5 Categoria 5 - Estigma Social

O conceito de estigma social, tal como explorado por Siqueira e Cardoso Júnior (2011), descreve um processo socialmente estabelecido, caracterizado pela discriminação, preconceito e exclusão, que afeta significativamente indivíduos e grupos que fogem das normativas sociais. No caso das mães de crianças neurodivergentes, o estigma não apenas afeta suas crianças, mas também suas próprias vivências, impactando profundamente sua saúde mental e o modo como percebem seu papel de cuidadoras.

Os relatos das mães descritos ilustram essa dinâmica do estigma. A Mãe 2 destaca que a maternidade atípica é "duas vezes mais difícil", pois, além das demandas intensas do cuidado diário, ela é cobrada socialmente para cumprir um ideal de perfeição inalcançável. Esse tipo de cobrança está ligado ao que Figueirêdo (2021) descreve como as expectativas sociais impostas a certos grupos, em particular as mulheres, que são vistas como as principais responsáveis pelo cuidado infantil. No caso das mães de crianças neurodivergentes, esse estigma é amplificado,

pois são vistas como “mães especiais”, que precisam ser altruístas, fortes e incansáveis. Esse estereótipo, que inicialmente pode parecer positivo, na realidade esconde a pressão social para que elas negligenciem suas próprias necessidades e enfrentem o isolamento com resiliência sobre-humana.

A fala da Mãe 2 sobre ser vista como preguiçosa quando se permite descansar, em contraste com a compreensão em relação ao cansaço do marido, revela o viés de gênero e o impacto do estigma no cotidiano dessas mulheres. O estigma reforça a ideia de que o trabalho não remunerado das mães não é valorizado, e que o cuidado diário de uma criança neurodivergente não é reconhecido como um esforço legítimo. Ademais, ao ilustrar essa situação sobre a discrepância no tratamento e apoio que recebe comparado ao seu marido, ela descreve como os olhares críticos e o julgamento social aumentam seu estresse, reforçando a percepção de que a sociedade não libera a carga de trabalho e o estresse que ela enfrenta devido à condição de seu filho.

“Eu acho que deveria ter um olhar mais amoroso, mais empático para a nossa maternidade atípica, porque a gente sofre demais, não tem apoio e é cobrada demais. Vou colocar um exemplo bem prático aqui: se eu ficar deitada o dia inteiro e não fizer nada pelos meus filhos, é porque sou preguiçosa. Mas se o meu marido ficar deitado o dia inteiro porque ele trabalhou a semana toda, “Ah não, ele está cansado, ele precisa descansar.” Mas e eu que faço um trabalho não remunerado, 24 por 48 horas, não posso descansar também porque eu sou preguiçosa? (Mãe 2)

“É muito essa comparação. O homem também tem que estar ali, sendo pai, fazendo a parte dele, olhando para aquela mãe, assim como a sociedade também. Poxa, a criança está em crise, em vez de pegar o celular e gravar, vamos ajudar essa mãe, ela está cansada!”. (Mãe 2)

Esse processo de invisibilização, mencionado por Santos, Nogueira e Mokarin (2024b), contribui para o sentimento de inadequação e baixa autoestima, em que as mães começam a se ver como insuficientes ou fracassadas por não conseguirem atender a todas as expectativas impostas pela sociedade.

A invisibilidade social é outro componente do estigma enfrentado por essas mães. A Mãe 4 relata que, ao lidar com crises da criança em público, em vez de receber apoio, muitas vezes é julgada ou ignorada, com pessoas registrando o episódio em vez de oferecerem ajuda. Isso demonstra como a falta de empatia e compreensão por parte da sociedade agrava o estigma, resultando em um isolamento ainda maior. O processo de exclusão social, descrito por Santos, Nogueira e Mokarin (2024b), não é apenas uma experiência subjetiva, mas também uma resposta ao ambiente que nega às mães o apoio necessário e as marginaliza por não se encaixarem nas expectativas sociais.

Poxa, a criança está em crise, em vez de pegar o celular e gravar, vamos ajudar essa mãe, ela está cansada!

O que eu posso fazer por aquela criança, naquele momento? Por mais que você não esteja na vida dela nas 24 por 48 horas, mas aqueles momentos, aqueles minutos de apoio valem muito para a gente. (Mãe 4)

A falta de apoio institucional também está profundamente ligada ao estigma. Quando a Mãe 3 menciona a falta de respeito ao certificado de vaga para crianças com deficiência, ela expõe como o estigma também se manifesta na ineficácia das políticas públicas e na falta de conscientização social. A ausência de uma rede de apoio emocional, prático e profissional, mencionada por Santos, Nogueira e Mokarin (2024b), reflete uma falha sistêmica na inclusão

dessas mães e suas crianças. Embora existam leis e normas que visam garantir direitos, o estigma social impede que essas medidas sejam efetivamente implementadas e respeitadas:

“(...)muitas pessoas nem têm interesse, não é? Então vamos supor, (...) tem, eu fiz na prefeitura, o certificado de vaga para a criança especial. E você cansa de ver, se você vai estacionar o carro na porta da escola, por exemplo, e a vaga da criança especial tem que estar livre, mas é para quem precisa, porque é mais fácil para tirá-la do carro e para ela entrar. Porém, um outro carro estaciona lá. Treco simples, mas a pessoa, poxa, fez autoescola, viu que há uma placa para deficiente? Para que é que vai pôr seu carro lá? Sabe? Não tem o mínimo de respeito, então, falta muito respeito ainda. Falta muita conscientização”. (Mãe 3)

Além disso, o impacto do estigma sobre a saúde mental dessas mães é evidente. Como descrito por Santos, Nogueira e Mokarin (2024b), o estigma está associado a sentimento de culpa, desesperança e isolamento, muitas vezes exacerbados pela falta de suporte emocional e pelo peso da responsabilidade quase exclusiva pelo cuidado dos filhos. A fala da Mãe 2 sobre a ausência de um olhar empático e amoroso para a maternidade atípica exemplifica como a falta de compreensão e apoio da sociedade contribui para o adoecimento mental dessas mulheres. Elas são levadas a acreditar que suas necessidades são secundárias, ou até mesmo irrelevantes, o que cria uma espiral de autoabandono e sobrecarga emocional.

O estigma também afeta a maneira como essas mães se posicionam em suas relações sociais. A Mãe 4 menciona que evita falar sobre sua rotina porque percebe que as pessoas se recusam a entender. Esse comportamento de retração social, um dos efeitos diretos do estigma, impede que as mães compartilhem suas experiências e recebam o apoio necessário. Como Maia e Muner (2024) destacam, o estigma leva ao isolamento, à exclusão de redes de apoio e à

intensificação do estresse parental, criando um ciclo de desgaste emocional que afeta tanto a saúde mental da mãe quanto o bem-estar da criança: "Eu evito até de contar sobre a minha rotina, porque as pessoas se recusam a entender" (Mãe 4).

É importante destacar que esta pesquisa teve dificuldades para alcançar muitas mães, não somente por conta da invisibilidade, já citada, mas também por fatores como a falta de um sentimento de pertencimento e o acesso limitado às tecnologias. A amostragem foi realizada através da técnica Snowball, que, apesar de ser útil, apresenta a desvantagem de não permitir o conhecimento do total da população pesquisada (Bockorni & Gomes, 2021).

O estigma também se manifesta na crítica à maneira como essas mães gerenciam a condição de seus filhos, incluindo as terapias medicamentosas acessíveis, o que intensifica a pressão e o julgamento enfrentado por elas (Santos, Nogueira & Mokarin, 2024b).

Integrar os princípios da Logoterapia pode ajudar a transformar o impacto negativo do estigma social na maternidade atípica em uma oportunidade de crescimento pessoal e realização.

Observa-se nos relatos expressões do conceito do vazio existencial. Frankl (2017) argumenta que o vazio existencial e a falta de sentido são causas de sofrimento. No contexto da maternidade atípica, o estigma social contribui para um sentimento de falta de sentido e inadequação. As mães, ao enfrentarem preconceito, desaprovação e discriminação social, podem experimentar um profundo vazio existencial.

A Logoterapia sugere que a percepção de sentido e valor pessoal são únicos e irrepetíveis, de acordo com cada vivência e em cada situação (Frankl, 2022). Portanto, uma abordagem logoterápica pode ajudar as mães a reavaliarem e reconstruir sua autoestima, enfocando o valor intrínseco e o sentido de suas ações e desafios (Frankl, 2011).

Frankl (1989) argumenta que a verdadeira identidade é encontrada através da dedicação a uma missão pessoal. Para ele, a identidade não é algo que se possui inatamente, mas sim algo

que se desenvolve quando nos entregamos a um propósito maior do que nós mesmos. Este conceito é importante para que as mães possam se conscientizar de seu caráter de missão e unicidade: "recebemos a identidade como uma graça, se, esquecendo-nos de nós mesmos, nos entregamos a uma missão. Se perdemos de vista nossa missão, também perdemos nossa identidade" (Frankl, 1989, p. 21)

Um dos pilares da Logoterapia é a ênfase na responsabilidade pessoal e na escolha da atitude diante das situações. Apesar do estigma social e da falta de apoio, a Logoterapia ensina que o indivíduo tem a capacidade de escolher sua atitude em relação às situações que enfrenta (Frankl, 2005). As mães devem ser encorajadas a buscar união entre si, uma vez que compartilham de dores e sentimentos semelhantes e a adotar uma postura proativa e a buscar formas de encontrar sentido e valor em suas experiências, apesar dos desafios impostos pelo estigma.

O sofrimento pode ser transformado em uma oportunidade de encontrar um sentido mais profundo na vida (Frankl, 2016b). Sendo assim, encontrar um propósito ou o sentido nas dificuldades pode ajudar a mitigar o impacto negativo do estigma social.

8.6 Categoria 6 – Autocuidado

O conceito de autocuidado evoluiu de uma perspectiva focada principalmente na saúde para uma abordagem mais ampla e holística. Inicialmente associado ao gerenciamento e prevenção de doenças crônicas em ambientes de saúde (Leonardo Alejandro & Bolaños Nicolás, 2023), o autocuidado agora abrange atividades diárias realizadas por indivíduos, famílias e grupos sociais para manter a saúde e prevenir doenças (Arenas-Monreal et al., 2011). O conceito é influenciado por determinantes sociais como classe, ocupação, gênero e etnia (Arenas-Monreal et al., 2011). Pesquisas recentes expandiram o autocuidado para incluir

unidades familiares, particularmente aquelas com crianças com transtornos do desenvolvimento intelectual (Mestre et al., 2024). Essa abordagem centrada na família considera o autocuidado como um padrão de comportamentos em vez de ações individuais.

Segundo Luna et al. (2023) muitas mães enfrentaram dificuldades em equilibrar o cuidado com seus filhos e o autocuidado, o que impacta em seu bem-estar emocional e físico. Uma das perguntas existentes no questionário sociodemográfico e saúde geral desta pesquisa é “Quão satisfeito você está consigo mesmo?”. Dentre as 153 respostas temos como resultado 15,5% de mães muito insatisfeitas, 29,7% de mães insatisfeitas e 32,9% nem satisfeito, nem insatisfeito. Totalizando 78,1% de mulheres que não sentem satisfeita ou muito satisfeitas consigo mesmo, como é o caso de 21,9% das respondentes da pesquisa.

Do mesmo modo encontramos na pergunta: “Você é capaz de aceitar sua aparência física?”. 76% não consideram ser totalmente capazes de aceitar sua aparência física.

Essas estatísticas demonstram que o excesso de demandas cotidianas, o cansaço e o desgaste nos cuidados para com os filhos muitas vezes deixam suas próprias necessidades negligenciadas. O sentimento de insatisfação pessoal e a dificuldade em aceitar a própria aparência física podem ser reflexos do estresse, da falta de tempo para o autocuidado e da pressão social em torno da imagem da “mãe ideal”. Essa pressão, associada ao estigma social, intensifica o sentimento de culpa e inadequação, afetando diretamente a autoestima dessas mulheres.

O impacto de uma autoestima fragilizada inclui dificuldades emocionais como estresse e depressão, desafios no desempenho materno, impacto negativo no desenvolvimento das crianças e isolamento social. A percepção distorcida da maternidade, alimentada por expectativas e normas sociais, pode agravar esses problemas (Kintope & Borges 2020).

É possível discutir o autocuidado das mães com filhos neurodivergentes e os desafios que enfrentam à luz dos valores da Logoterapia de Viktor Frankl, oferecendo uma perspectiva sobre como essas experiências se relacionam com a busca de sentido e realização pessoal.

A Mãe 1 demonstra como a divisão de responsabilidades com o parceiro e a prática de autocuidado, como exercícios físicos, são essenciais para manter seu bem-estar e a capacidade de cuidar dos filhos. Na Logoterapia, isso pode ser explicado por meio do conceito dos "valores de criação", que se referem à realização e ao sentido encontrado por meio do desenvolvimento e da manutenção das capacidades pessoais (Frankl, 2016a). O suporte adequado permite que ela exerça sua capacidade criativa ao equilibrar responsabilidades e cuidados pessoais. Por outro lado, a ausência de suporte pode comprometer a saúde emocional e física, evidenciando como a realização pessoal e o sentido são dificultados pela falta de apoio.

"Eu consigo manter meu autocuidado e consigo fazer minhas atividades físicas, porque me revezo com meu marido nos cuidados com as crianças à noite. [...] Eu faço questão, pois para eu poder cuidar dos meus filhos eu também tenho que estar bem. [...] Infelizmente, a maioria das mães atípicas não tem essa mesma oportunidade e acabam se anulando para cuidar de seus filhos". (Mãe 1)

A Mãe 2 reforça a importância dos pequenos momentos de autocuidado e da delegação de responsabilidades como forma de manter o equilíbrio e aliviar o estresse. Na Logoterapia, esses momentos estão associados aos "valores de experiência", que são vivências que proporcionam esperança e sensações positivas. Apesar de limitados, esses momentos são importantes para o bem-estar emocional das mães e ajudam a construir memórias e experiências positivas, que estimulam a redução do estresse e a criação de uma vida significativa.

"Mesmo que seja só depois que a criança dormir, tomar um banho tranquila e se cuidar. Fazer terapia, porque eu sei que terapia é muito importante. [...] Precisamos aprender a pedir ajuda: 'Olha, fica aqui com ele, hoje eu não estou muito bem e preciso descansar.' [...] Na terapia eu tenho aprendido a delegar: 'Olha, fala para o seu marido, fala para sua sogra, fala...'" (Mãe 2)

A Mãe 3 ilustra como as atividades físicas e a espiritualidade servem como fontes de resiliência para enfrentar os desafios da maternidade. Na Logoterapia, isso está relacionado aos "valores de atitude", que são as posturas adotadas diante dos desafios da vida. A Mãe 3 utiliza essas práticas para cultivar uma atitude positiva e buscar força espiritual para enfrentar as adversidades. Esse enfrentamento proativo das dificuldades, através do autocuidado e do suporte espiritual, exemplifica como a atitude diante das adversidades pode auxiliar na busca de um sentido maior na vida.

"O que eu sempre gostei e ainda gosto muito é de fazer atividade física [...] Eu deixo a L. às 6h50 na escola. Como no meu condomínio tem uma academia, então, às 7h eu já estou me exercitando. [...] Deus é muito importante nesse momento. 'Olha, agora é o seguinte, aquele mundo que eu construí, na minha imaginação, algumas coisas, talvez, vão ser diferentes'". (Mãe3)

Por outro lado, a Mãe 4 expressa frustração devido às limitações impostas pelos altos custos financeiros para cuidar de uma criança com autismo, o que afeta sua capacidade da prática do autocuidado. Essa situação ilustra como a falta de recursos e suporte pode impactar tanto a realização dos valores de criação quanto a atitude das mães. A dificuldade em manter

práticas de autocuidado devido às restrições financeiras revela a luta para equilibrar responsabilidades e manter uma atitude positiva frente às adversidades. A falta de recursos limita as oportunidades de encontrar e manter um sentido e uma realização pessoal.

"Antigamente eu conseguia fazer uma caminhada, ir ao shopping, tomar café com uma amiga e hoje, eu não consigo mais fazer nada disso. [...] Eu não consigo mais comprar um batom, por exemplo, um batom para que eu possa passar, me cuidar e me sentir bem. [...] O gasto de um autista é muito alto, é muito alto, principalmente se ele tem uma demanda grande". (Mãe 4)

O primeiro pilar da Logoterapia, a liberdade da vontade, refere-se à capacidade humana de escolher como responder às circunstâncias, mesmo diante de situações adversas (Frankl, 2017). Para as mães de crianças atípicas, o senso de responsabilidade e o fardo emocional frequentemente podem levar ao abandono do autocuidado. No entanto, a Logoterapia sugere que, mesmo em meio a essas adversidades, as mães podem encontrar uma forma de exercer sua liberdade interna. Essa liberdade permite que elas reconheçam a necessidade de cuidar de si mesmas, não como uma escolha egoísta, mas como um movimento de preservação pessoal que, em última instância, lhes dá a força para cuidar dos outros.

A liberdade da vontade permite que as mães superem sentimento de culpa e autoanulação. Ao compreenderem que podem escolher como reagir às suas responsabilidades — mesmo aquelas que, no momento, não podem ser compartilhadas ou adiadas —, elas abrem espaço para perceber que o autocuidado não é um luxo, mas uma necessidade. O autocuidado é essencial para preservar sua saúde mental e física, garantindo que possa continuar cuidando de seus filhos de forma eficaz.

No contexto do autocuidado, a vontade de sentido pode ser explorada para que as mães percebam que ao cuidar de si mesmas, elas estão não apenas preservando sua própria saúde,

mas também reforçando sua capacidade de continuar a dar suporte a seus filhos. O autocuidado, então, deixa de ser uma tarefa secundária e passa a ser parte essencial do propósito maior que essas mães carregam: o bem-estar de toda a família. A capacidade de transcender o sofrimento, encontrando nele uma fonte de sentido, pode ajudá-las a desenvolver resiliência e enfrentar os desafios com uma nova perspectiva.

Ao reconhecer que o sentido da vida se encontra em ir além de si mesma, mas sem se anular, a mãe pode compreender que o cuidado com o outro só é sustentável se ela também cuidar de si mesma. Dessa forma, o autocuidado se alinha com a busca de sentido, pois ao preservar seu bem-estar, ela se torna mais apta a exercer sua função de mãe de maneira mais plena. A autotranscendência, assim, pode se manifestar tanto no cuidado dos filhos quanto no reconhecimento de que, para sustentar essa tarefa, é necessário primeiro cuidar da própria saúde física, emocional e espiritual.

8.7 Categoria 7 – Enfrentamentos e Sentido da Vida

Dentre as perguntas do questionário Whoqol – bref buscou avaliar a percepção de sentido de vida. A questão em foco foi: "Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?", e os resultados foram distribuídos em cinco categorias: "Nada", "Muito pouco", "Mais ou menos", "Bastante", e "Extremamente".

Os dados indicam que a maioria dos respondentes (41,9%) afirmou que suas vidas têm "bastante sentido", o que representa um resultado positivo em termos de percepção de propósito. Além disso, 18,7% afirmaram que suas vidas têm sentido Extremamente, indicando que quase 60% das pessoas (somando os grupos "Bastante" e "Extremamente") percebem um elevado grau de sentido em suas vidas. Esse dado demonstra que uma porção significativa da

amostra possui uma clara sensação de propósito e sentido, um fator relevante na saúde mental e na resiliência frente aos desafios.

Por outro lado, 28,4% dos respondentes classificaram suas vidas como tendo sentido “mais ou menos”, sugerindo que uma parcela considerável ainda enfrenta incertezas quanto ao propósito em suas existências ou está em processo de busca por maior significado. Esse grupo intermediário pode refletir uma fase de transição ou uma necessidade de aprofundamento no autoconhecimento e na identificação de valores pessoais.

As respostas mais preocupantes vieram dos 8,4% que relataram sentir “muito pouco” sentido em suas vidas. Embora essa seja uma minoria, é um dado que merece atenção, já que a falta de sentido pode estar associada a sentimentos de vazio, alienação e dificuldades emocionais. O percentual de respondentes que indicaram que suas vidas não têm “Nada de sentido” é extremamente baixo, sugerindo que quase todos os participantes possuem algum grau de percepção de propósito.

Esses resultados são particularmente relevantes para a discussão sobre maternidade atípica, uma vez que o sentido de vida é um fator central na experiência de mães que enfrentam desafios no cuidado de seus filhos. As mães que relatam maior percepção de sentido em suas vidas podem estar mais capacitadas para lidar com o estresse e as demandas diárias do cuidado com filhos atípicos, encontrando forças em suas relações e em suas responsabilidades maternas. Já aquelas que expressam menor percepção de sentido podem necessitar de apoio adicional, tanto emocional quanto social, para resgatar ou construir um propósito mais claro em suas vidas.

A percepção de sentido de vida, dentro do contexto da maternidade atípica, pode ser um fator de proteção emocional e psicológico, capaz de sustentar essas mães nas adversidades diárias. Esses achados corroboram com a teoria de Frankl (2017), que coloca o sentido de vida

como um aspecto decisivo para a resiliência humana, especialmente em situações de sofrimento.

Na Logoterapia, o amor é um dos caminhos mais importantes para se encontrar o sentido da vida, pois permite que o ser humano transcenda a si mesmo e se conecte a algo maior. Frankl (2017) argumenta que o amor é uma experiência que revela a essência única do outro, promovendo uma dedicação profunda que traz realização pessoal e sentido à vida. Essa concepção pode ser claramente observada nas falas da Mãe 4, que demonstram como o amor por suas filhas se torna a força motriz para enfrentar as dificuldades e encontrar sentido na vida: Pela manhã, eu levanto e digo: “Vamos, filha!” Ela acorda com um sorriso, aceita tudo muito bem, então isso acaba me fortalecendo para continuar, não é?”. (Mãe 4)

A Mãe 3 descreve como se dedicou inteiramente a garantir o melhor desenvolvimento possível para sua filha, organizando terapias, acompanhamentos médicos e documentações detalhadas para o futuro. Essa dedicação vai além de uma responsabilidade parental comum, exemplificando o conceito de autotranscendência na Logoterapia, onde a mãe transcende suas próprias necessidades e limitações em prol da filha. Frankl (2017) destaca que o amor permite ao indivíduo enxergar o outro não apenas como ele é, mas como ele pode vir a ser, e é exatamente isso que a Mãe 3 faz ao acreditar e investir no potencial de sua filha, apesar das comorbidades.

Além disso, a Mãe 3 enfatiza que está disposta a buscar todas as oportunidades possíveis para a filha, sem impor limitações baseadas em sua condição. Esse envolvimento profundo com a vida e as necessidades da filha demonstra como o amor pode ser uma fonte de sentido e uma força transcendente que ajuda a enfrentar desafios. A preparação antecipada para o futuro da filha, em caso de sua ausência, reflete a visão de Frankl (2016b) sobre o amor como uma conexão com algo duradouro que permite ver além do sofrimento e das dificuldades presentes.

A fala da Mãe 4 também exemplifica o amor como uma força central no enfrentamento de desafios. Ela menciona como o comportamento amável da filha e o sorriso matinal a fortalecem e a motivam a continuar. De acordo com Frankl (2017), o amor é a forma mais elevada de valor, e, ao se dedicar ao bem-estar da filha, essa mãe encontra um propósito profundo em meio às adversidades. O sorriso da filha serve como um lembrete constante do valor da vida, reforçando a conexão emocional que é essencial para a resiliência.

A capacidade de enfrentar medos e superar dificuldades pessoais, como o medo de dirigir, é também uma manifestação de autotranscendência. Essa mãe transcende suas próprias limitações e medos ao se dedicar ao desenvolvimento e bem-estar da filha, demonstrando que o amor não é apenas uma emoção, mas uma força ativa que move o indivíduo em direção ao cuidado com o outro. Frankl (2012) afirma que o amor ajuda a superar o sofrimento, permitindo que o ser humano encontre sentido mesmo nas situações mais difíceis, o que é claramente visível na experiência dessa mãe.

O amor, conforme proposto por Frankl (2017) é uma força essencial que permite ao ser humano encontrar sentido, mesmo nas circunstâncias mais adversas. Nas experiências das Mães 3 e 4, o amor é o elemento que guia suas ações e sustenta o enfrentamento das dificuldades. A Mãe 3 se envolve profundamente no cuidado com a filha, vendo além das limitações impostas pela microcefalia e o autismo, e garantindo que sua filha tenha a melhor vida possível dentro de suas capacidades. Para a Mãe 4, o amor por sua filha a fortalece diariamente, ajudando-a a superar medos e a continuar, mesmo diante das complexidades das demandas do dia a dia.

9 CONCLUSÃO

A presente pesquisa cumpriu seu objetivo geral de investigar e descrever a experiência da maternidade de crianças com desenvolvimento atípico, revelando a profundidade dos desafios enfrentados por essas mães. No âmbito dos objetivos específicos, o estudo rastreou o risco de transtornos mentais e avaliou a qualidade de vida dessas mães, evidenciando uma correlação clara entre altos níveis de qualidade de vida e uma menor vulnerabilidade a transtornos mentais. Mães que demonstram resiliência e têm acesso a recursos de apoio conseguem lidar melhor com as adversidades impostas pela maternidade atípica. Em contrapartida, mães em situações de maior vulnerabilidade, como baixa renda e ausência de suporte emocional, enfrentam maior risco de desenvolver transtornos mentais, como ansiedade e depressão, especialmente devido à sobrecarga emocional e física.

As estratégias de enfrentamento também foram amplamente analisadas, mostrando que práticas de autocuidado e envolvimento ativo no desenvolvimento dos filhos são essenciais para a manutenção da saúde mental. Além disso, a Logoterapia foi identificada como uma abordagem útil na construção de um sentido de vida, promovendo a resiliência e o enfrentamento positivo das adversidades. Esses achados reforçam a importância de intervenções adequadas e a necessidade de redes de apoio para garantir o bem-estar emocional dessas mães.

No entanto, a pesquisa apresentou algumas limitações que precisam ser consideradas. O tamanho e a diversidade da amostra podem ter restringido a generalização dos resultados, uma vez que não se abrangeu plenamente diferentes realidades socioeconômicas e culturais. Além disso, o método de coleta de dados, baseado em entrevistas e questionários, pode ter sido influenciado por vieses de resposta, com algumas mães possivelmente tendo dificuldade em expressar suas emoções com clareza. O estudo também não captou as mudanças ao longo do tempo, visto que a maternidade atípica é um processo dinâmico, o que ressalta a necessidade

de estudos longitudinais que acompanhem essas mães e suas percepções por um período mais extenso.

A subjetividade na descrição das estratégias de enfrentamento também representa uma limitação, dificultando comparações mais objetivas entre os dados. Além disso, fatores externos como mudanças socioeconômicas e políticas públicas que afetam o acesso a cuidados de saúde e apoio não foram explorados em profundidade. Por fim, a pesquisa focou primariamente no aspecto emocional e psicológico, deixando em segundo plano o impacto físico do estresse prolongado sobre a saúde das mães.

Dessa forma, o estudo não apenas atendeu aos seus objetivos iniciais, como também abriu caminho para futuras investigações, especialmente no campo da Logoterapia, com foco em intervenções que possam promover uma vida mais equilibrada e significativa para mães de crianças com desenvolvimento atípico.

Para aprofundar a compreensão da maternidade atípica e suas implicações, outras pesquisas podem ser exploradas no futuro, como, análises longitudinais da percepção de sentido na vida de mães de crianças atípicas, acompanhando essa percepção ao longo do tempo. Esse tipo de estudo permitirá observar como a percepção de sentido pode evoluir em resposta a diferentes estágios de desenvolvimento da criança e mudanças nas circunstâncias familiares.

Além disso, a investigação da eficácia de intervenções na abordagem da Logoterapia e Análise Existencial, como grupos de apoio, terapia de grupo ou outros programas de atendimentos e orientação parental, é importante para promover o bem-estar emocional e a construção de um sentido de vida entre mães de crianças atípicas.

Esses estudos futuros podem contribuir para um entendimento mais profundo da maternidade atípica e auxiliar no desenvolvimento de intervenções que atendam de forma mais eficaz às necessidades dessas mães, promovendo seu bem-estar emocional e, conseqüentemente, o de suas crianças.

REFERÊNCIAS

- Alves, V. S., & Szymanski, M. L. S. (2022). Conceito e caracterização dos alunos que apresentam indicativos de altas habilidades/superdotação na perspectiva dos coordenadores e professores da rede municipal de Cascavel - PR. *Brazilian Journal of Development*, 8(9), 64635–64651. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-279>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Artmed.
- Andrade, C. J. (2018). Viktor Frankl: o sentido da Logoterapia e sua atualidade contextual. *Psicólogo inFormação*, 21(21-22), 1-16. 10.15603/2176-0969/pi.v21n21-22p99-114
- André, T. G., Valdez-Montero, C., Ortiz-Félix, R. E. & Gámez-Medina, M. E. (2020). Prevalencia del transtorno do espectro autista: Uma revisão de la literatura. *Jóvenes en la Ciencia*, 7, 1-7. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204/2695>
- Aquino, T. A. A., Correia, A. P. M., Marques, A. L. C., Souza, C. G., Freitas, H. C. A., Araújo, I. F., Dias, P. S., & Araújo, W. F. (2009). Atitude religiosa e sentido da vida: Um estudo correlacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(2), 228-243. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200003>
- Aquino, T. A. A., & Cruz, J. (2021). A fenomenologia do homem religioso segundo Viktor Frankl. *Revista Relegens Thréskeia*, 10(1), 15-35. <https://revistas.ufpr.br/relegens/article/view/79462/44002>
- Arberas, C., & Ruggieri, V. (2019). Autismo: Aspectos genéticos e biológicos. *Medicina*, 79(Supl 1), 16-21. <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v79n1s1/v79n1s1a05.pdf>
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J., & Campos-Navarro, R. (2011). Autocuidado: Elementos para suas bases conceituais. *International Union for Health Promotion & Education*, 18(4), 42-48. <https://doi.org/10.1177/1757975911422960>

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bernardes, E. G., & Siqueira, E. C. (2022). Uma abordagem geral do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: Revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(8), 1-+8, e10864. <https://doi.org/10.25248/reas.e10864.2022>
- Biff, D., Ribeiro, V. R., Mello, A., Pereira, L. D., & Manzoni, F. D. (2019). Percepções sobre o autismo sob a ótica das mães. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 87(25), 1-60. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.222>
- Bockorni, B. R. S., & Gomes, A. F. (2021). A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR*, 22(1), 105-117. <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>
- Braga, M. R., & Ávila, L. A. (2004). Detecção dos transtornos invasivos na criança: Perspectiva das mães. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 884-889. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000600006>
- Breakwell, G. M., Schaw, C. F., Hammond, S., & Smith, J. A. (2010). *Métodos de pesquisa em psicologia*. Artmed.
- Calil, A. M. (2009). *Wallon e a Educação: Uma visão integradora de professor e aluno*. Semantic Scholar. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:142722060>
- Campos, V. S. M. J. P., Costa, A. M. R. B. B., Tenório, L. L. J., Lima, J. V. M., Torres, H. C., Rêgo, L. F. T., Tenário, J. A. T., Neto, Farias, Y. C., Quintino, J. N., Silva, Í. T. L., Lemos, E. C., & Arraes, W. P. C. G. (2022). Fatores determinantes da saúde mental das mães de crianças com transtorno do espectro autista. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, 8(12), 78520-78533. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n12-114>
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: Análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(4), 679-684.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>

- Carlos, P. P. (2020). Desigualdades de gênero e Covid-19. In D. V. H. Ribeiro & D. Achutti (Orgs.). *A crise sanitária vista pelo direito: Observações desde o PPGD/Unilasalle sobre a Covid-19* (pp. 87-94). Unilasalle. <http://hdl.handle.net/11690/1517>
- Cenci, A., & Damiani, M. F. (2018). Desenvolvimento da teoria histórico-cultural da atividade em três gerações: Vygotsky, Leontiev e Engeström. *Roteiro*, 43(3), 919-948. <https://doi.org/10.18593/r.v43i3.16594>
- Cid, M. F. B., & Matsukura, T. S. (2010). Mães com transtorno mental e seus filhos: Risco e desenvolvimento. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 73-81. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/09_original_Maes.pdf
- Civil Rights Data Collection. (2016). *Estimations 2015-16*. Department of Education. https://ocrdata.ed.gov/StateNationalEstimations/Estimations_2015_16
- Corrêa, H. C. S. (2022). Feminino e maternidade: Mais ainda, a partir da prematuridade. *Psicologia USP*, 33, 1-8, e200117. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200117>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e mistos* (3ª ed.). Artmed.
- Cunha, A. C., Eroles, N. M. S., & Resende, L. M. (2020). “Tornar-se mãe”: Alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. *Interação em Psicologia*, 24(3), 279-287. <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v24i3.62768>
- Cunha, B. F., Macêdo, F. N., Lopes, A. R., Louzada, M. J. Q., & Marçal, C. N. (2022). As repercussões emocionais em pais com filhos do transtorno do espectro autista. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(11), 1-8, e11129. <https://doi.org/10.25248/reas.e11129.2022>

- Deslandes, S. F. (2018). O ativismo digital e sua contribuição para a descentralização política. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 1-4. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.21122018>
- Duarte, M. A. (2024). Uma vida por trás da teoria histórico-cultural: Lev Semionovitch Vigotski. *Revista HISTEDBR On-Line*, 24(00), 1-22, e024011. <https://doi.org/10.20396/rho.v24i00.8673785>
- Fernandes, F. S., & Nascimento, J. X. (2021). Conquistas e desafios das políticas públicas para a maternidade: reflexões sobre a licença parental como instrumento de equidade de gênero. *Revista Sociais E Humanas*, 34(1). <https://doi.org/10.5902/2317175840576>
- Ferreira, C. C., Silveira, R. P., Pacheco, D. C., Vieira, L. C., Seabra, R. C., Cavalcante, R. R. A., Rego, A. M., Praça, N. C. T, Silveira, V. H. M., & Batista, M. N. (2022). TDAH na infância: Uma revisão narrativa. *Revista Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 20815-20824. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-241>
- Figueirêdo, A. A. F. (2021). O uso do(s) conceito(s) de “estigma” no campo da Saúde Coletiva. *Revista Saúde em Redes*, 7(1), 87-97. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n1p87-97>
- Flauzino, V. & Sade, R. M. S. (2024). Teoria histórico-cultural: Breve análise histórica e dos pilares da teoria. *Contradição - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas e Sociais*, 5(1), 1-2, e060. <https://doi.org/10.33872/revcontrad.v5n1.e060>
- Frankl, V. E. (1978). *Fundamentos antropológicos da psicoterapia* (R. Bittencourt, Trad.). Zahar.
- Frankl, V. E. (1989). *La voluntad de sentido*. Herder.
- Frankl, V. E. (2005). *Um sentido para a vida: Psicoterapia e humanismo*. Idéias e Letras.
- Frankl, V. E. (2010). *O que não está escrito nos meus livros: Memórias* (C. Abeling, Trad.). É Realizações.

- Frankl, V. E. (2011). *A vontade de sentido: Fundamentos e aplicações da Logoterapia*. Paulus.
- Frankl, V. E. (2012). *Logoterapia e análise existencial: Textos escolhidos de Viktor Frankl*. Paulinas.
- Frankl, V. E. (2015). *O sofrimento de uma vida sem sentido: Caminhos para encontrar a razão de viver*. É Realizações.
- Frankl, V. E. (2016a). *Psicoterapia e sentido da vida: Fundamentos da logoterapia e análise existencial* (6ª ed., A. M. Castro, Trad.). Quadrante.
- Frankl, V. E. (2016b). *A presença ignorada de Deus* (17ª ed.). Sinodal; Vozes,
- Frankl, V. E. (2017). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração* (W. Schlupp, & C. Aveline, 42ª ed.). Vozes.
- Frankl, V. E. (2019). *O sofrimento humano: Fundamentos antropológicos da psicoterapia*. É Realizações.
- Frankl, V. E. (2020). *Psicoterapia e existencialismo: Textos selecionados em logoterapia*. É Realizações.
- Frankl, V. E. (2021). *Chegarás o dia em que serás livre*. Quadrante.
- Frankl, V. E. (2022). *A vontade de sentido: Conferências escolhidas sobre logoterapia* (P. P. Costa, Trad.). Auster.
- Freire, J. M. S., & Nogueira, G. S. (2023). Considerações sobre a prevalência do autismo no Brasil: Uma reflexão sobre inclusão e políticas públicas. *Revista Foco*, 16(3), 1-18, e1225. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n3-009>
- Gaiotto, R. H., Arozio, E. J. S., Volpi, P. E., & Campagna, R. C. S. (2024). Promovendo o desenvolvimento integral na educação infantil através da aprendizagem por problemas e projetos. *Revista Acadêmica Online*, 10(53), 1-18, e234. <https://doi.org/10.36238/2359-5787.2024.v10n53.234>
- Gil, A. C. (2022). *Como elaborar projetos de pesquisa* (7ª ed.). Atlas.

- Griffa, M. C., & Moreno, J. E. (2012). *Chaves para a psicologia do desenvolvimento: Vida pré natal, etapas da infância* (7ª ed., Tomo 1). Paulinas.
- Guimarães, L. F. B., Carmo, V. M., & Curcio, F. S. (2022). Considerações sobre a demora no diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a atuação da enfermagem. *Acta Scientia Academica*, 4(3), 1-14. <http://multiplosacessos.com/ri/index.php/ri/article/view/20>
- Harding, A. E., & Thomas, P. K. (1980). Hereditary distal spinal muscular atrophy: A report on 34 cases and a review of the literature. *Journal of the Neurological Sciences*, 45(2-3), 337-348. [https://doi.org/10.1016/0022-510X\(80\)90177-X](https://doi.org/10.1016/0022-510X(80)90177-X)
- Herrera, G. P. (2021). *Viktor Frankl: Comunicação e resistência*. Busca Sentido.
- Hirota, T., & King, B. H. (2023). Transtorno do espectro do autismo: Uma revisão. *JAMA*, 329(2), 157-168. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.23661>
- Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Transtorno do espectro do autismo: Definição, epidemiologia, causas e avaliação clínica. *Translational Pediatrics*, 9(Supl 1), S55-S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP. (2021). *Sinopse Estatística da Educação Básica 2020*. INEP. <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisasestatisticas-e-indicadores/censo-escolar/resultados>
- Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. (2024). *Portadores do Transtorno do Espectro Autista podem requerer BPC*. [https://www.gov.br/inss/pt-br/noticias/portadores-do-transtorno-do-espectro-autista-podem-requerer-bpc#:~:text=O%20Benef%C3%ADcio%20de%20Presta%C3%A7%C3%A3o%20Continuada,do%20Espectro%20Autista%20\(TEA\)](https://www.gov.br/inss/pt-br/noticias/portadores-do-transtorno-do-espectro-autista-podem-requerer-bpc#:~:text=O%20Benef%C3%ADcio%20de%20Presta%C3%A7%C3%A3o%20Continuada,do%20Espectro%20Autista%20(TEA))
- Kebach, P. F. C. (2018). O desenvolvimento da inteligência na primeira infância e as possibilidades de atuação construtivista e interacionista na educação infantil. *Schème:*

Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas, 10(2), 104-126.

<https://doi.org/10.36311/1984-1655.2018.v10n2.06.p104>

Kintope, L. O., & Borges, R. S. (2020). Empoderando mães atípicas: Um estudo de campo sobre a importância da autoestima na maternidade atípica. *Journal of Media Critiques*, 6(18), 21-36. <https://doi.org/10.17349/jmcv6n18-002>

Kroeff, P. (2011). Logoterapia: Uma visão da psicoterapia. *Revista de Abordagem Gestalt*, 17(1), 68-74. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v17n1/v17n1a10.pdf>

La Cadena, N. B., & Arja Castañón, G. (2020). Fundamentos schelerianos da logoterapia. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, 1(1), 111-131. <https://doi.org/10.62506/phs.v1i1.11>

Leonardo Alejandro, P. V., Bolaños Nicolás, P., & Juan Sebastián, B. G. (2023). Aproximación al Autocuidado: Un estudio desde la cartografía conceptual. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 6417-6442. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6647

Lima, L. A., Firmino, F. F., Pereira, L. A., & Lemos, P. M. (2020). Considerações sobre a logoterapia e a análise existencial como leituras do funcionamento do psíquico: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, 6(3), 14162-14174. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-329>

Lima, M. M. S., Silva, R. M. C. R. A., Pereira, E. R., Deus, V. H., & Paulo, V. B. (2023). Vivenciando a maternidade atípica: Uma reflexão pelas lentes de Merleau-Ponty. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(2), 1-6, e023109. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1877>

Lord, C., Brugha, T., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Taylor, J. L., & Veenstra-Vanderwelle, J. (2020).

Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6, 5.
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>

Luna, A. W. N., Melo, M. C. P., Santos, A. D. B., Calado, J. I. F., & Santos, M. V. P. (2023). Percepções de mães de crianças com autismo sobre rede apoiadora e estratégias de cuidado consigo. *Revista de Enfermagem UFPI*, 12(1), 1-11, e4284.
<https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.4284>

Magnani, L. H., & Rückert, G. H. (2021). Camuflar, autistar, traduzir e os desafios de enunciar-se autista. In L. H. MAGNANI, & G. H. Rückert (Orgs.), *Linguagem e autismo: Conversas transdisciplinares* (Cap. 7, pp. 116-134). Bordô-Grená.
https://www.editorabordogrena.com/_files/ugd/d0c995_bb9c31ed121f4d098ca3a1f24a6440e1.pdf#page=117

Maia, G. B., & Muner, L. C. (2024). Maternidade atípica. *Revista Cathedral*, 6(2), 12-27.
<http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/770>

Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>

Martinhago, F., & Caponi, S. (2019). Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2), 1-19, e290213.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>

Mata, A. W. M., Silva, L. V. B., & Silva, G. R. A. (2023). O transtorno do espectro autista e os benefícios da prática do futebol. *Revista OWL (OWL Journal)*, 1(1), 275-295.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.8030792>

Mattar, L. D., & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 107-120. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>

- Medeiros, A. Y. B. B. V., Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., & Dias, F. A. (2020). Fases psicológicas e sentido da vida em tempos de isolamento social devido à pandemia da COVID-19 uma reflexão à luz de Viktor Frankl. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 9(5), e122953331. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3331>
- Mestre, T. D., Caldeira, E., & Lopes, Manuel. (2024). Autocuidado familiar: Ensaio teórico para famílias com filho(s) com perturbação do desenvolvimento intelectual. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(2), 1-12. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i2.287>
- Miguez, E. M. (2014). *Educação em busca de sentido: Pedagogia inspirada em Viktor Frankl*, Paulus.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Minetto, M. F., Crepaldi, M. A., Bigras, M., & Moreira, L. C. (2012). Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. *Educar em Revista*, (43), 117-132. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602012000100009>
- Moreira, N., & Holanda, A. (2010). Logoterapia e o sentido do sofrimento: Convergências nas dimensões espiritual e religiosa. *Psico-USF*, 15(3), 345-356. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300008>
- Moura, S. M. S. R., & Araújo, M. F. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(1), 44-55. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000100006>
- Nakano, A. M. S., & Mamede, M. V. (2000). A mulher e o direito de amamentar: As condições sociais para o exercício desta função. *Revista Mineira de Enfermagem*, 4(1), 22-27. <https://doi.org/10.35699/reme.v4i1.50977>
- Nascimento, M. C., & Coutinho, D. J. G. (2022). Luto de uma criança idealizada: Mães atípicas de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 3(11), 1-14. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i11.2208>

- Nietzsche, F. W. (2012). *A gaia ciência* (P. C. Souza, Trad.) Companhia das Letras, 2012.
- Oliveira, E. N., Silva, A. M. P., Ribeiro, M. A., Lopes, R. E., Queiroz, I. F. R., Furtado, J. P. R. X., Oliveira, L. S., & Felipe, A. T. P. (2018). A dinâmica familiar diante da pessoa com transtorno do espectro autista. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 18(3), 151-156. <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8783>
- Parker, C., Scott, S., & Geddes, A. (2019). Amostragem de bola de neve. In P. Atkinson et al. (Eds.), *Design de pesquisa para pesquisa qualitativa*. Sage Research Methods Foundations. <https://doi.org/10.4135/9781526421036831710>
- Pastorelli, S. O. S., Viana, C. T. S., & Benincasa, M. G. (2024). Maternidade atípica: Caracterização do sofrimento e seus enfrentamentos. *Revista Acadêmica Online*, 10(50), 1-21. <https://doi.org/10.36238/2359-5787.2024.v10n50.6>
- Peranzoni, V. C., Fontoura, M. F., Alves, R. A. R., & Chagas, G. D. (2023). Reflexões e discussões sobre altas habilidades/superdotação. *Di@logus*, 11(2), 71-89. <https://doi.org/10.33053/dialogus.v11i2.835>
- Pereira, I. S. (2007). A vontade de sentido na obra de Viktor Frankl. *Psicologia USP*, 18(1), 125-136. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642007000100007>
- Pereira, S., Pinto, M., & Madureira, E. J. (2023). Referencial de educação para os media: Educação pré-escolar, ensino básico, ensino secundário. República Portuguesa, Educação. <https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/referencial-epm-versaoatualizada-12dez2023.pdf>
- Piaget, J. (1999). Seis estudos de psicologia (24ª ed., M. A. M. D'Amorim, & P. S. L. Silva, Trad.). Forense Universitaria.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia Ccampinas*, 25(3), 405-416. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>

- Pott, E. T. B. (2019). Perspectivas sobre a infância em debate: Contribuições de Piaget, Vygotsky e Wallon. *Perspectivas em Psicologia*, 23(1), 75-93. <https://doi.org/10.14393/PPv23n1a2019-50606>
- Prychodco, R. C., & Bittencourt, Z. Z. L. C. (2022). Desafios no cotidiano de famílias com crianças e adolescentes com transtorno do espectro do autismo. *Id on Line Revista de Psicologia*, 16(63), 204-221. <https://doi.org/10.14295/online.v16i63.3542>
- Rabuske, M. M., Oliveira, D. S., & Arpini, D. M. (2005). A criança e o desenvolvimento infantil na perspectiva de mães usuárias do serviço público de saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(3), 321-331. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000300010>
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & e Padovani, F. H. P. (2014). Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em unidades de saúde da família, ao final do primeiro ano de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 215-226. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904>
- Roiz, R. G., & Figueiredo, M. O. (2023). O processo de adaptação e desempenho ocupacional de mães de crianças no transtorno do espectro autista. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, 1-17, e3304. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO252633041>
- Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes: Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83(3), 148-156. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H., & Mohammadi, M. (2023). A prevalência global de TDAH em crianças e adolescentes: Uma revisão sistemática e meta-análise. *Italian Journal of Pediatrics*, 49, 1-12, 48. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, M. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). Penso.

- Santos, K. S., Marinho, M. O., Santos, M. S. B., Trambaioli, V. S., & Bhering, C. A. (2024a). A importância do diagnóstico precoce de TDAH para o desenvolvimento infantil. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 24, 1-8, e14497. <https://doi.org/10.25248/reamed.e14497.2024>
- Santos, M. C. S., Nogueira, M. L. M., & Mokarin, G. B. (2024b). Maternidade ou maternagem: O lugar da mulher no cuidado do filho atípico. *Revista Mosaico - Revista de História*, 16(4), 151-160. <https://doi.org/10.18224/mos.v16i4.13512>
- Santos, W. P. (2023). Maternidade como construção sócio-histórica. *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia*, (18), 688-703. <https://doi.org/10.18002/cg.i18.7351>
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>
- Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Hong, J., Smith, L. E., Almeida, D. M., Coe, C., & Stawski, R. S. (2010). Maternal cortisol levels and behavior problems in adolescents and adults with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(4), 457-469. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0887-0>
- Silva, I. J. C. (2022). Reflexões da psicologia do desenvolvimento infantil. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(11), 220-233. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i11.7578>
- Silva, J. A. F. (2023a). O sofrimento como mecanismo de superação do ser em Nietzsche e Frankl. *Revista Interdisciplinar*, 8(3), 1-12, e238315. <https://doi.org/10.52641/cadcajv8i3.141>
- Silva, F. F. (2023b). Neurodesenvolvimento típico e atípico: Uma revisão da literatura nacional comparativa em crianças de até cinco anos e o processo de aprendizagem de pessoas com transtorno do espectro autista. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(12),

31433-31449. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-142>

Silva, M. M. M., D'Almeida, L. C. M. S. Z., Hollandini, T., & Teixeira, M. C. T. V. (2023).

Introdução ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Caracterização, avaliação e intervenção. *CPGGD - Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 22(2), 126-138.

<https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/15638>

Siqueira, E., Lins, I., & Fachin, L. P. (2024). A relação entre TDAH e o tempo de tela na

infância: Um protocolo de revisão de escopo. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 5124-5147. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p5124-5147>

Siqueira, R., & Cardoso, H. R., Júnior. (2011). O conceito de estigma como processo social:

Uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas*, 2(1), 92-113. <http://hdl.handle.net/11449/127032>

Smeha, L. N., & Cezar, P. K. (2011). A vivência da maternidade de mães de crianças com

autismo. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 43-50.

<https://www.scielo.br/j/pe/a/QypM8WrpBcGX9LnwfvqgWpK/?format=pdf&lang=pt>

Sousa, J. F. (2020). Desenvolvimento e aprendizagem da criança: Abordagens teóricas. *Revista*

Epistemologia e Práxis Educativa, 3(1), 1-16.

<https://revistas.ufpi.br/index.php/epeduc/article/view/10758/6202>

Sousa, J. S. N., Marques, J., Alves, K. S., & Castro, E. C. L. (2023). A importância do

acompanhamento familiar no desenvolvimento e tratamento de crianças com déficit de atenção com transtorno de hiperatividade. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 12(4), 1-11, e29912441244. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41244>

- Sousa, M. B. C., Silva, H. P. A., & Galvão-Coelho, N. L. (2015). Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1), 2-11. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150002>
- Souza, A. L. O. (2020). Representações da maternidade em poemas da recordação e outros movimentos, de Conceição Evaristo: Uma análise pela teoria do imaginário. *Téssera*, 2(2), 5-18. <https://doi.org/10.14393/TES-v2n2-2020-53470>
- Souza, J. M., & Veríssimo, M. L. O. R. (2015). Child development: analysis of a new concept. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 23(6), 1097-1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- Szczukiewicz, P., & Szczukiewicz, A. (2018). Logoterapia Viktora Emila Frankla w psychoterapii i poradnictwie psychologicznym. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 31(2), 195-205. [doi:http://dx.doi.org/10.17951/j.2018.31.2.195-205](http://dx.doi.org/10.17951/j.2018.31.2.195-205)
- Tonetto, A. P. M., & Barbieri, V. (2018). Maternidade de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Estudo*, 23, 1-16. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23i0.40425>
- Urquiza, J. M., & Martins, B. A. (2021). Concepções sobre altas habilidades/superdotação: Reflexões com base na discursividade docente. *APRENDER - Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação*, (26), 140-159. <https://doi.org/10.22481/aprender.i26.8833>
- Van Wingerden, J., & Van der Stoep, J. (2018) The motivational potential of meaningful work: Relationships with strengths use, work engagement, and performance. *PLoS One*, 13(6), 1-11, e0197599. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197599>
- Viana, C. T. S., & Benincasa, M. (2023). Maternidade atípica: Termo e conceito. *Revista Acadêmica Online*, 9(46). <https://doi.org/10.36238/2359-5787.2023.035>

- Vilanova, J. R. S., Carneiro, C. T., Rocha, K. N. S., Brito, M. A., Rocha, R. C., Costa, A. C., & Bezerra, M. A. R. (2022). Burden of mothers of children diagnosed with autism spectrum disorder: mixed method study. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, 1-12, e20210077. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210077.en>
- Virgolim, A. (2021). As vulnerabilidades das altas habilidades e superdotação: Questões sociocognitivas e afetivas. *Educar em Revista*, 37, e81543. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.81543>
- Vygotsky, L. S. (1989). *Pensamento e linguagem*. Martins Fontes.
- Wallon, H. (2007). *A evolução psicológica da criança*. Martins Fontes.

APÊNDICES

**APENDICE I - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRAFICO PARA MÃES ATÍPICAS
COM CRIANÇAS DE 05 A 12 ANOS DE IDADE**

DADOS PESSOAIS

1. Idade: _____ anos completos
2. Cor
☐ Branca
☐ Preta
☐ Parda
☐ Amarela
☐ Índia
3. Estado que mora (aqui abrirá a opção de estados da federação)
4. Cidade: _____
5. Estado Civil
☐ Casado (a)
☐ Mora junto / Amasiado
☐ Solteiro (a)
☐ Divorciado (a)
☐ Viúvo (a)
☐ Outro: _____

DADOS OCUPACIONAIS

6. Grau de Escolaridade.
☐ Ensino fundamental incompleto
☐ Ensino fundamental completo
☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino médio completo
☐ Superior Incompleto (interrompido).

Qual curso? _____

() Presencial () Semipresencial () À distancia

() Superior cursando

Qual curso? _____

() Presencial () Semipresencial () À distancia

() Superior completo

Qual curso? _____

() Presencial () Semipresencial () À distancia

() Superior completo com especialização

Qual curso de graduação? _____

() Presencial () Semipresencial () À distancia

() Mestrado

Qual curso de graduação? _____

() Doutorado

Qual curso de graduação? _____

() Pós Doutorado

Qual curso de graduação? _____

8 Atualmente, você está trabalhando?

() Sim, em tempo integral

() Sim, em meio período

() Não, estou desempregada

() Não, optei pelo cuidados integral do meu filho

() Outro

9 Se você está trabalhando, qual é o seu tipo de trabalho?

() Emprego remunerado em período integral

() Emprego remunerado em meio período

() Trabalho autônomo em período integral

() Trabalho autônomo em meio período

() Trabalho voluntário

() Outro

10 Você acredita que ter um filho com condição atípica afeta suas oportunidades de emprego?

- ☐ Sim, de forma significativa
- ☐ Sim, de forma moderada
- ☐ Sim, mas de forma mínima
- ☐ Não, não afeta
- ☐ Não tenho certeza

11 Você já precisou fazer solicitações no trabalho devido à condição do seu filho atípico?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não aplicável (não estou trabalhando atualmente)

12 Renda PESSOAL

- ☐ Não tenho renda
- ☐ Menos de um salário mínimo
- ☐ Em média 1 salário mínimo (R\$1.045)
- ☐ Em média de 2 - 3 salários mínimos (R\$2.090,00 à R\$3.135,00)
- ☐ Em média de 4 - 5 salários mínimos (R\$4.180,00 à R\$5.225,00)
- ☐ Em média 6 a 7 salários mínimos (R\$6.270,00 à R\$7.315,00)
- ☐ Em média 8 a 10 salários mínimos (R\$8.360,00 à R\$10.450,00)
- ☐ Em média 11 a 15 salários mínimos (R\$11.495,00 à R\$15.675,00)
- ☐ Mais de 16 salários mínimos (Mais de R\$16.720,00)

13 Renda FAMILIAR

- ☐ Menos de um salário mínimo (Menos de R\$1.045)
- ☐ Em média 1 salário mínimo (R\$1.045)
- ☐ Em média de 2 - 3 salários mínimos (R\$2.090,00 à R\$3.135,00)
- ☐ Em média de 4 - 5 salários mínimos (R\$4.180,00 à R\$5.225,00)
- ☐ Em média 6 a 7 salários mínimos (R\$6.270,00 à R\$7.315,00)
- ☐ Em média 8 a 10 salários mínimos (R\$8.360,00 à R\$10.450,00)
- ☐ Em média 11 a 15 salários mínimos (R\$11.495,00 à R\$15.675,00)
- ☐ Em média 16 a 20 salários mínimos (R\$16.720,00 à R\$20.900,00)

() Mais de 21 salários mínimos (Mais de R\$20.900,00)

DADOS MATERNIDADE

13 Número de filho(s) atípico(s): _____

14 Idade do(s) filho(s) atípico(s):

() Menos de 5 anos

() 5-12 anos

() 13-18 anos

() Mais de 18 anos

15 Gênero do(s) filho(s) atípico(s):

() Masculino

() Feminino

() Outro (especifique): _____

16 Diagnóstico do(s) filho(s) atípico(s):

() Transtorno do espectro autista (TEA)

() Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

() Transtorno de aprendizagem (dislexia, discalculia, etc.)

() Transtorno do desenvolvimento intelectual

() Outro (específico): _____

17 Grau de gravidade da condição do(s) filho(s) atípico(s):

() Leve

() Moderado

() Grave

() Não tenho certeza

AUTOCUIDADO

18 Você se sente bem informado(a) sobre os desafios e necessidades específicas do(s) seu(s) filho(s) atípico(s)?

() Sim

() Não

() Parcialmente

19 Com que frequência você busca informações sobre a condição atípica da criança?

() Diariamente

() Semanalmente

() Mensalmente

() Ocasionalmente

() Nunca

20 Com que frequência você participa de grupos de apoio ou terapia de grupo relacionados à condição atípica da criança?

() Semanalmente

() Mensalmente

() A cada 3 meses

() A cada 6 meses

() Nunca

21 Com que frequência você pratica atividades de autocuidado (como exercícios físicos, hobbies, meditação, etc.)?

() Diariamente

() Semanalmente

() Mensalmente

() Ocasionalmente

() Nunca

22 Você se sente apoiado pela sua rede de suporte (família, amigos, profissionais)?

- ☐ Sim, sempre
- ☐ Sim, na maioria das vezes
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Não, nunca

23 Você participa de grupos de apoio ou comunidades online para mães de crianças atípicas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

24 Você recebe algum tipo de auxílio financeiro ou benefício governamental para o cuidado de seu(s) filho(s) atípico(s)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

25 Você já buscou apoio terapêutico ou aconselhamento para lidar com os desafios relacionados à maternidade atípica e ao cuidado de filhos atípico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

SOBRE OS CUIDADOS E COTIDIANO DE SEU FILHO

26 Você recebeu apoio profissional para lidar com a condição do(s) seu(s) filho(s) atípico(s)?

- ☐ Sim, de um psicólogo
- ☐ Sim, de um terapeuta ocupacional
- ☐ Sim, de um fonoaudiólogo
- ☐ Sim, de um médico especialista (psiquiatra, neuropediatra, etc.)
- ☐ Sim, de outros profissionais (especifique): _____
- ☐ Não recebi apoio profissional

27 O (s) seu(s) filho(s) atípico(s): frequenta algum tipo de instituição escolar?

- ☐ Sim, escola regular

- ☐ Sim, escola especial
- ☐ Sim, homeschooling (educação em casa)
- ☐ Não frequenta escola
- ☐ Outro (especifique): _____

28 Você já sentiu dificuldades para encontrar serviços de apoio adequados para o(s) seu(s) filho(s) atípico(s)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

29 O(s) seu(s) filho(s) atípico(s) recebe(m) algum tipo de suporte terapêutico além do ambiente escolar?

- ☐ Sim, terapia ocupacional
- ☐ Sim, terapia da fala
- ☐ Sim, terapia comportamental
- ☐ Sim, terapia psicológica
- ☐ Sim, terapia familiar
- ☐ Não recebe suporte terapêutico
- ☐ Outro (especifique): _____

30 Você recebe suporte adequado das instituições (escolas, médicos, terapeutas) para ajudar no cuidado do(s) seu(s) filho(s) atípico(s)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Parcialmente
- ☐ Outro (especificar)

31 O pai da criança atípica é presente e contribui com as suas demandas?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Parcialmente
- ☐ Outro (especificar)

APENDICE II - ENTREVISTA SEMI DIRIGIDA

1. Como foi o processo de diagnóstico do(s) filho(s) atípico(s):
2. Quanto tempo desde o diagnóstico?
3. Quais são os principais desafios que você enfrenta ao cuidar de um filho atípico?
4. Quais recursos você utiliza para apoiar seu filho atípico? (por exemplo, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia comportamental, grupos de apoio)
5. Como você equilibra as demandas de cuidar de um filho atípico com outras responsabilidades (trabalho, família, etc.)?
6. Você considera que existe estigma social associado a maternidade atípica? Se sim, como você lida com isso?
7. Qual é a sua rede de apoio pessoal? (por exemplo, familiares, amigos, grupos de pais)
8. Como você percebe o impacto da maternidade atípica e do cuidado de filhos atípicos em sua saúde mental e bem-estar emocional?
9. Existe alguma área específica em que você sente que precisa de mais apoio ou recursos para cuidar de seu(s) filho(s) atípico(s)?
10. Quais são os maiores desafios que você enfrenta em relação ao seu autocuidado enquanto mãe de uma criança atípica?

APENDICE III – TEXTO PARA E-MAIL E REDES SOCIAIS

MATERNIDADE ATÍPICA: FATORES DE RISCO, PROTEÇÃO E ENFRENTAMENTOS.

Você, mãe de criança com desenvolvimento atípico, entre 05 e 12 anos, está sendo convidado para participar de uma pesquisa desenvolvida pela Universidade Metodista, coordenadas pelas Prof. Dra. Miria Benincasa e a discente Cintia Teixeira de Sousa Viana. Nosso objetivo é investigar os fatores de risco, proteção e enfrentamentos das mães de crianças atípicas.

Ao responder, você estará colaborando com a expansão do conhecimento sobre essa temática e contribuindo para que novas teorias e conceitos sejam acompanhados e testados. Com isso, é possível entender melhor o mundo que nos cerca e criar soluções para os problemas mais complexos.

No questionário não há nada que possa identificá-lo. Nem as pesquisadoras poderão associar você as respostas.

Caso haja interesse em contribuir, acesse um os links abaixo.

Link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd3M9V5f0MZBonqxyimv4xjdQUqrV2A7FbePzPM8dvvsFM_Ng/viewform?usp=sharing